

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

**PAPEL DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO REGIME
DIETÉTICO
DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA
TERMINAL
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

SÓNIA CRISTINA DA PIEDADE FREIRE

2013



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

**PAPEL DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO REGIME
DIETÉTICO
DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA
TERMINAL
CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

SÓNIA CRISTINA DA PIEDADE FREIRE

Relatório de estágio orientado por:

Prof. Eulália novais

2013



“Sê tu, a tua mudança que queres ver no mundo”.

Gandhi

AGRADECIMENTOS

À Professora Eulalia Novais, pela disponibilidade constante e pelos esclarecimentos e críticas que oportunamente efetuou;

À Enfermeira Matilde Saraiva, por toda a sua colaboração e disponibilidade demonstrada tanto no decorrer do trabalho de campo, como na coorientação deste relatório, decisivos para a concretização do mesmo;

À Enfermeira Anabela Santos e Enfermeira Catarina Mendes e, enfermeiras orientadoras dos campos de estágio, pelo apoio, disponibilidade e dedicação demonstrados, fundamentais para a consecução dos objetivos propostos para cada serviço;

A todos os meus amigos... que me têm acompanhado ao longo da minha vida, pelo incentivo nos momentos mais difíceis;

A minha família - Ao Ilídio, aos meus filhos Hugo e Leonor, à minha mãe, pelo incentivo, disponibilidade permanente e apoio incondicionais... por estarem sempre presentes;

A todos, muito obrigado

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AgHBs - antígeno de superfície do vírus da Hepatite B;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

DGS - Direção Geral de Saúde;

DOPPS - Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study;

DP - Diálise Peritoneal;

DPC - Diálise Peritoneal Automatizada;

DPCA - Diálise Peritoneal Contínua Ambulatório;

DRC - Doença Renal Crónica;

DRCT - Doença Renal Crónica Terminal;

EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association;

EpS - Educação para a Saúde;

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

EUA - Estados Unidos da América;

FAV - Fístula artériovenosa;

GPID - Ganho de Peso Interdialítico;

HCV - Vírus da Hepatite C;

HD – Hemodiálise;

HTA – Hipertensão;

ICN - International Council of Nurses;

IRCT - Insuficiência Renal Crónica Terminal;

K⁺ - Potássio;

K/DOQIDRC - National Kidney Foundation Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease;

Kt / V – Depuração da ureia vezes o tempo sobre o volume da água corporal em que a ureia está distribuída;

MAR - Modelo de Adaptação de Roy;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

PCI - Peso corporal ideal;

PET- Teste De Equilíbrio Peritoneal;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

RABQ – Renal Adherence Behaviour Questionnaire

SIN - Serviço de Internamento de Nefrologia;

SPN - Sociedade Portuguesa de Nefrologia;

TCM - Tratamento Conservador Medico;

TFG - Taxa de Filtração Glomerular;

TSFR - Terapias de Substituição da Função Renal;

TXR - Transplante Renal;

UDP - Unidade de Diálise Peritoneal;

UHD- Unidade de Hemodiálise;

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana;

RESUMO

O insuficiente renal crónico confronta-se com a necessidade de tratamento dialítico contínuo para sobreviver e de um regime dietético extremamente rigoroso. De acordo com Almeida (2007) a equipa de saúde, a família e a comunidade são pilares de suporte que ajudam a evitar a desestruturação da pessoa, preservando a sua integridade física e psicológica.

Este relatório de estágio tem como finalidade, descrever as competências especializadas, desenvolvidas durante o trabalho de campo, na prestação de cuidados à pessoa com DRCT nos diferentes estádios. Neste âmbito, realizou-se um estudo com a seguinte pergunta de investigação “De que modo a funcionalidade familiar influencia o índice de adesão ao regime dietético”. O estudo realizado é do tipo transversal, descritivo correlacional utilizando uma abordagem quantitativa. Foi constituída uma amostra de conveniência de 20 participantes, 55% do género masculino e 45% do género feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 79 anos e média de idade 62,15. A colheita de dados foi realizada através de 3 instrumentos: Caracterização sociodemográfica da amostra, escala de Apgar familiar e questionário Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ)

Os resultados obtidos indicam que a nossa amostra apresenta uma família altamente funcional (8,90) e elevado índice de adesão (81,75). Ao correlacionar a variável funcionalidade familiar e índice de adesão verificou-se uma associação estatisticamente significativa. É de considerar que se trata de uma amostra de conveniência pequena, restrita a uma unidade hospitalar de Hemodiálise, pelo que os resultados não deverão ser generalizados à população. No entanto os dados obtidos corroboram os observados na literatura consultada.

Palavras-chave: Família; Adesão, Regime Dietético; Doença Renal Crónica; Enfermagem.

ABSTRACT

The chronic renal impairment is confronted with the need for dialysis continued to survive and an extremely strict dietary regimen. According to Almeida (2007) the health care team, family and community are supporting pillars that help prevent the disintegration of the person, to preserve their physical and psychological integrity

This internship report aims to describe the expertise developed during the field work, in proving care to people with Chronic Kidney Disease in different stages. In this context, we carried out a study with the following research question “How family functioning influences the rate of adherence to dietary regimen”. The study is cross-sectional, descriptive, correlational study using a quantitative approach. Was a convenience sample of 20 participants, 55% males and 45% females, aged between 19 and 79 years, mean age 62,15. Data collection was conducted through three instruments: Sociodemographic characterization of the sample, the familiar and the Apgar scale questionnaire Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ)

The results indicate that our sample has a highly functional family (8.90) and high rate of adherence (81.75). By correlating the variable family functioning and adherence index there was a statistically significant association. The results of this study should not be understood without having in mind its limitations. It is considered that this is a small convenience sample, restricted to a hospital Hemodialysis, so the results should not be generalized to the population. However the data obtained corroborate those observed in the literature.

Keywords: Family, Adherence, Diet regime, Chronic Kidney Disease, Nursing

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	11
0 INTRODUÇÃO	12
1 METODOLOGIA	19
2 QUADRO CONCEPTUAL.....	22
2.1 Doença Renal Crónica	22
2.2 Família	28
2.3 Adesão ao Regime Terapêutico	33
2.4 Educação para a Saúde.....	36
3 ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	39
3.1 Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Setúbal Unidade de Diálise Peritoneal(UDP)	39
3.2 Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Lisboa	44
3.3 Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Setúbal Unidade de Hemodiálise (UHD)	49
4 ESTUDO FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA E ÍNDICE DE ADESÃO AO REGIME DIETÉTICO	53
4.1 Conceptualização do Estudo.....	53
4.2 População	54
4.3 Procedimentos	55
4.4 Colheita de Dados.....	55
4.5 Análise dos Dados	56
4.6 Apresentação e Discussão dos Dados.....	57
5 CONCLUSÃO	62
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICE I - Teoria De Adaptação De Callista Roy	
APÊNDICE II - Estratégias Adaptativas	
APÊNDICE III - Caracterização E Atividades De Enfermagem Nas Unidades De Estágio	
APÊNDICE IV - Plano Da Sessão De Formação “Acesso Vascular Para Hemodiálise – Fístula Arteriovenosa E Enxerto Artériovenoso”	

APÊNDICE V - Folheto “Como Cuidar Do Seu Cateter De Hemodiálise”

APÊNDICE VI - Folha De Registo De Terapêutica

APÊNDICE VII - Administração De Alteplase Ou Colocação De Cateter Para Hemodiálise

APÊNDICE VIII - Carta De Transferência

APÊNDICE IX - Plano Da Sessão De Formação “Diálise Peritoneal”

APÊNDICE X - Consentimento Informado

APÊNDICE XI - Questionário

APÊNDICE XII - Descrição Das Dimensões Da Escala Apgar

APÊNDICE XIII - Descrição Das Dimensões Do RABQ

APÊNDICE XIV - Tabelas

ANEXO I - Organização Familiar

ANEXO II - Avaliação Do Estágio No Serviço De Nefrologia Do Hospital Da Região De Setúbal Unidade De Diálise Peritoneal

ANEXO III - Avaliação Do Estágio No Serviço De Nefrologia Do Hospital Da Região De Lisboa

ANEXO IV - Escala Da Apgar Familiar

ANEXO V - Questionário RABQ - Renal Adherence Behaviour Questionnaire

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Classificação da DRC.....	23
Quadro 2 - Fatores clínicos e sócio demográficos.....	24
Quadro 3- Caracterização sociodemográfica da Amostra.....	Apêndice XIV
Quadro 4- Resultados da Escala de Apgar Familiar.....	Apêndice XIV
Quadro 5 – Resultados das dimensões da Escala Apgar.....	Apêndice XIV
Quadro 6- Resultados do RABQ.....	Apêndice XIV
Quadro 7 – Resultados das dimensões do RABQ.....	Apêndice XIV
Quadro 8 - Coeficiente de correlação de Person: somatório da escala Apgar vs Somatório do RABQ.....	Apêndice XIV

0 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico tem levado a um acréscimo da expectativa de vida e ao progressivo envelhecimento da população, que se traduz num aumento progressivo das doenças crónicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 60% das mortes a nível mundial devem-se às doenças crónicas (OMS 2008-2013 Action Plan), estas doenças acarretam uma grande mobilização de recursos que tornam o seu controlo num dos maiores encargos para os sistemas de saúde, a Doença Renal Crónica (DRC) não é exceção.

Em Portugal, estima-se que mais de 800 mil pessoas sofrem de DRC estando em crescente evolução, na ordem dos 4 a 5% ao ano, sendo a diabetes mellitus e a hipertensão arterial responsáveis por 46,8% das situações (31,7% diabetes, 15,1% hipertensão arterial) Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2011). Segundo o gabinete de registo da SPN, no fim de 2011 havia 17553 pessoas dependentes de uma TSFR para sobreviver, destes 10409 encontram-se em Hemodiálise (HD), 704 em Diálise Peritoneal (DP) e 6440 transplantados com rim funcionante. Estes números relatam a realidade da doença em Portugal e o aumento significativo da sua prevalência, no entanto, não consegue transmitir o verdadeiro impacto que esta condição tem na vida das pessoas.

A DRC é caracterizada, pela perda progressiva da função renal, culminando na necessidade de realizar terapias de substituição da função renal (TSFR), para toda a vida ou então ser submetido a transplante renal. A pessoa com Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) confronta-se com a necessidade de tratamento dialítico contínuo para sobreviver e de um regime dietético extremamente rigoroso. As dietas renais são das mais restritivas e contradizem as recomendações para uma alimentação saudável, nomeadamente as restrições no consumo de fruta e vegetais,

devido ao seu elevado teor de potássio (K^+) e restrição da ingestão hídrica devido a ganho de peso interdialítico (GPID).

As inúmeras limitações, bem como os rígidos cuidados dietéticos obrigam a adoção de novos hábitos alimentares, Henriques (2008) no seu estudo constatou que a adesão ao regime dietético resulta de um “árduo exercício de disciplina e grande força de vontade, que só é possível pela cooperação dos pais e irmãos”. O tratamento dialítico e o regime dietético implicam inúmeras mudanças na vida pessoal, familiar e social, aprender a viver com IRCT é difícil e exige um esforço acrescido à pessoa já por si debilitada pelas consequências físicas da própria doença. De acordo com Almeida (2007), a equipa de saúde, a família e a comunidade são pilares de suporte que ajudam a evitar a desestruturação da pessoa, preservando a sua integridade física e psicológica.

Vários autores Mapes et al (2003), Untas et al (2010); Leggat et al (1998); Haley e Moss (2000); Saran R et al (2003); Martire e Schulzn (2007); Scatolin et al (2010) referem que um enfoque maior no crescente apoio social pode melhorar a qualidade de vida da pessoa em hemodiálise e contribuir para a redução das taxas de hospitalizações, morbilidade e mortalidade nesta população. A família assume um papel fundamental, tanto a nível da confeção dos alimentos como no incentivo à adesão do regime dietético, é o elo de ligação mais importante para a pessoa doente, o seu grande apoio emocional, o agente que mais se envolve no processo de colaboração com o doente e equipa de saúde, “*Family is not an important thing, it's everything*” (Michael J. Fox).

Delgado (1997, pág. 205) reforça que as alterações provocadas na vida do doente renal são tão profundas que a família dificilmente deixará de ser afetada, a intervenção de enfermagem revela-se de extrema importância, o enfermeiro pelo contacto permanente que estabelece com estes doentes tem um papel relevante tanto ao nível da promoção da adesão ao regime terapêutico como na deteção de padrões de comportamentos de não adesão, de acordo com Constatini (2006), são

também os profissionais que estão na melhor posição para influenciar o comportamento dos utentes.

Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS, 2003) diz que:

A natureza da relação de cuidados entre o enfermeiro e a pessoa IRC, associada à proximidade, bem como à regularidade e duração dos tratamentos de substituição renal, proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efectivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde.

Nesta linha de pensamento e tendo em perspetiva a importância da família e dos cuidados de enfermagem delineou-se e as seguintes questões para este relatório.

- ➔ Quais as intervenções de Enfermagem promotoras da adesão ao regime dietético da pessoa IRCT;
- ➔ Qual o papel da família na adesão ao regime dietético da pessoa IRCT.

No âmbito do mesmo e de forma a explorar esta problemática elaborou-se um estudo com a seguinte questão de investigação: De que modo a funcionalidade da família influencia o índice de adesão ao regime dietético?

Tendo em conta a questão orientadora, os objetivos para a realização do estudo são:

- ➔ Avaliar a funcionalidade da família através da escala Apgar Familiar
- ➔ Avaliar o índice de adesão ao regime dietético através do questionário Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ)
- ➔ Correlacionar a funcionalidade da família com o índice de adesão

A problemática desenhada, a pergunta de partida e os objetivos estabelecidos apontam para realização de um estudo transversal, descritivo correlacional utilizando uma abordagem quantitativa. A população alvo deste estudo foi a pessoa IRCT em programa de hemodiálise, numa unidade hospitalar de hemodialise da região de Setúbal. Utilizámos como técnicas de recolha de dados: 3 instrumentos. A caracterização sociodemográfica da amostra, a escala de Apgar familiar elaborada

por Smilkstein em 1978, versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988 (Anexo IV) e o questionário Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ) de Rushe & McGee, 1998, versão Portuguesa Inês Vieira, 2009 (anexo V).

A realização deste relatório tem também como objetivo descrever o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de intervenção de enfermagem Nefrológica, em consonância com as competências definidas pela European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), bem como as emanadas pela Ordem dos Enfermeiros no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

O Enfermeiro Especialista de acordo com o regulamento nº122/2011 (p.8648) da Ordem dos Enfermeiros (OE) é

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE,2011)

Neste contexto pretende-se desenvolver competências nos seguintes domínios:

1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- ➔ Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- ➔ Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2. Domínio da melhoria contínua da qualidade:

- ➔ Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- ➔ Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

3. Domínio da gestão dos cuidados:

- ➔ Agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença renal crónica ao longo do ciclo vital, nos diferentes estádios da doença;

- ➔ Agir em parceria com a equipa multidisciplinar, utente e família/cuidador informal;
- ➔ Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem na articulação com a restante equipa multidisciplinar;
- ➔ Adaptar e liderar a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- ➔ Promover o empowerment da pessoa IRCT e família na gestão do seu regime terapêutico.

4. Domínio das aprendizagens profissionais:

- ➔ Suportar a prática clínica com base na evidência científica;
- ➔ Agir como facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, assumindo um papel dinamizador na construção e divulgação do saber;
- ➔ Realizar formação em contexto de trabalho, criando condições que garantam a prestação de cuidados com qualidade.

Para a aquisição das competências traçadas, decidimos realizar o trabalho de campo, no Hospital de Dia de Nefrologia Unidade de Diálise Peritoneal e na Unidade da Hemodiálise localizados ambos num Hospital da região de Setúbal e no Serviço de Nefrologia de um Hospital da região de Lisboa.

Com finalidade de promover o desenvolvimento das competências e dar resposta as questões do relatório, traçamos como objetivo geral:

- ➔ Compreender qual o papel da família na adesão ao regime dietético da pessoa com IRCT em tratamento dialítico;
- ➔ Identificar estratégias que permitam melhorar a intervenção dos enfermeiros junto do IRCT e sua família melhorando os resultados de adesão ao regime dietético.

Tendo em conta o objetivo geral, traçamos como objetivos específicos a atingir para cada campo de estágio:

Unidade de Diálise Peritoneal (DP):

- 1) Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa com IRCT em tratamento de DP,
- 2) Promover qualidade nos cuidados prestados,
- 3) Compreender o papel da família da pessoa com IRCT em tratamento em TSFR.

Serviço de Nefrologia:

- 1) Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa com DRC,
- 2) Promover qualidade nos cuidados prestados,
- 3) Capacitar a pessoa com IRCT e família para a gestão do regime dietético.

Unidade de Hemodiálise (HD):

- 1) Desenvolver competências diferenciadas no âmbito da prestação de cuidados a pessoa com IRCT com necessidade de HD,
- 2) Atuar como elemento dinamizador integrando as novas evidências no contexto da práxis, com base nos contributos do trabalho de campo desenvolvido e da pesquisa efetuada,
- 3) Identificar a relação entre suporte familiar e adesão ao regime dietético.

O quadro de referência que orientará este relatório em relação à intervenção de enfermagem à pessoa IRCT e sua família é o Modelo de adaptação de Roy. Segundo esta teórica a pessoa é um sistema holístico em constante adaptação com o meio ambiente, sendo o objetivo da intervenção de enfermagem manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz, tornando-o adaptável. Proporcionando através do processo de enfermagem, orientação para a prática, promovendo cuidados de enfermagem centrados na pessoa, numa perspetiva holística

Na prática clínica o quadro de referência que norteará o desempenho é o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Brenner (2001). Segundo este modelo, na “aquisição e desenvolvimento de uma competência”, um estudante passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito

(Brenner, 2001, p.43). O trabalho a desenvolver no decorrer do campo de estágio tem como objectivo adquirir competências a nível de proficiente/perito.

Este relatório está organizado em 5 capítulos, sendo que, no primeiro é descrito a metodologia utilizada. No segundo capítulo é apresentada uma revisão da literatura que sintetiza o conhecimento existente sobre a temática em estudo e está estruturada em torno de 4 subcapítulos. O primeiro subcapítulo faz uma pequena abordagem sobre o conceito de DRCT, as diferentes terapias de substituição renal e as implicações da DRC na pessoa/família. O segundo subcapítulo faz uma breve descrição do conceito, função e ciclo de vida da família. Bem como, historiar a importância da família como suporte na adesão ao regime dietético. O terceiro subcapítulo dá ênfase a todos os aspetos relacionados com a problemática da adesão ao regime dietético, definindo o conceito, identificando os indicadores que a avaliam e as consequências de não adesão. Por fim, o quarto subcapítulo descreve as intervenções de enfermagem descritas na literatura que possam ser implementadas pelo enfermeiro especialista na educação da saúde e gestão do regime dietético da pessoa/família de forma mais eficaz.

No terceiro capítulo é descrito as atividades desenvolvidas em cada campo de estágio, que procuram dar resposta aos objetivos propostos. O quarto capítulo engloba todos os conteúdos inerentes ao estudo realizado sobre a funcionalidade familiar e o índice de adesão.

No quinto capítulo teceremos algumas considerações que julgamos importantes e apresentaremos uma síntese do trabalho realizado.

1 METODOLOGIA

No presente capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização deste relatório. De acordo com Fortin (2009), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base, a escolha de um tema relativo a um problema que interesse e preocupe o investigador e, simultaneamente tenha importância para a disciplina que se pretende estudar.

Como planeamento metodológico para o desenvolvimento deste relatório e para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, traçamos como estratégia, realizar uma revisão da literatura que revelasse o conhecimento existente sobre a DRCT, família, adesão e gestão do regime dietético nas pessoas com IRCT, intervenções de enfermagem promotoras de adesão ao regime terapêutico, com o objetivo de compreender a relação entre os diferentes conceitos. Todo este manancial de informação permitiu aprofundar conhecimentos nesta área específica de intervenção de enfermagem, sendo um alicerce teórico ao trabalho de campo desenvolvido e à discussão do estudo realizado. Segundo Burns e Grove (2003), a revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber.

Com o objetivo de desenvolver as competências de enfermeiro especialista, bem como dar resposta as minhas inquietações relacionadas com a temática em estudo foram selecionados os campos de estágio.

O estágio decorreu durante um período de dezoito semanas, tendo começado o primeiro módulo num Hospital de Dia de Nefrologia Unidade de Diálise Peritoneal de um Hospital da região de Setúbal, do dia 3 de Outubro 2011 até ao dia 4 de

Novembro de 2011; o segundo módulo num Serviço de Nefrologia de um Hospital da região de Lisboa, do dia 7 de Novembro de 2011 até ao dia 16 de Dezembro de 2011. O terceiro módulo foi realizado em contexto de trabalho, num Serviço de Hemodiálise de um Hospital da região de Setúbal, do dia 2 de Janeiro de 2012 até ao dia 17 de Fevereiro de 2012. Estas dezoito semanas foram divididas pelos três contextos de estágio, correspondendo a 5, 6 e 7 semanas em cada local respetivamente, cumprindo em média 25 horas/semanais. Os objetivos estabelecidos e as atividades planeadas, a serem desenvolvidos em cada campo de estágio encontram-se descritos no terceiro capítulo.

No último campo de estágio realizou-se um estudo de investigação com a seguinte questão de investigação: De que modo a funcionalidade da família influencia o índice de adesão ao regime dietético?

Tendo em conta a questão orientadora, os objetivos para a realização do estudo são:

- ➔ Avaliar a funcionalidade da família através da escala Apgar Familiar
- ➔ Avaliar o índice de adesão ao regime dietético através do questionário

RABQ

- ➔ Correlacionar a funcionalidade da família com o índice de adesão

A problemática desenhada, a pergunta de partida e os objetivos estabelecidos apontam para realização de um estudo transversal, descritivo correlacional utilizando uma abordagem quantitativa. A população alvo deste estudo foi a pessoa IRCT em programa de hemodiálise, numa unidade hospitalar de hemodialise. De uma população acessível (N=55), através do método de amostragem não probabilístico por amostragem accidental ou de conveniência foi constituída uma amostra de 20 participantes, 11 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 79 anos e média de idade 62,15.

Selecionamos como técnicas de recolha de dados 3 instrumentos: A caracterização sociodemográfica da amostra, a escala de apgar familiar elaborada por Smilkstein em 1978, versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988 (Anexo IV) e o

questionário Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ) de Rushe & McGee, 1998, versão Portuguesa Inês Vieira, 2009 (anexo V). Após a colheita dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (*Statistical Program for Social Sciences - versão 21*). Este estudo será apresentado e desenvolvido no quarto capítulo

O cuidado de enfermagem deve ser sistematizado através de um método, o qual deve ser enquadrado num referencial teórico que direcione o olhar e fundamente cientificamente as intervenções do enfermeiro. Ao escolher uma Teoria de Enfermagem para fundamentar e direccionar o cuidado é necessário considerar a adequação e aplicabilidade no contexto em estudo.

O quadro conceptual utilizado para a realização deste relatório e guia orientador para o desenvolvimento da prática clínica foi a Teoria de Adaptação de Callista Roy (apresentado no apêndice I), por acreditar ser adequada à problemática em estudo, e reconhecer que esta teoria contribuiu em muito para a evolução da enfermagem, pois proporciona, através do processo de enfermagem, orientação para a prática, promovendo os cuidados de enfermagem centrados na pessoa, numa perspetiva holística

Na prática clínica o quadro de referência que norteará o desempenho é o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Brenner (2001). Segundo este modelo, na “aquisição e desenvolvimento de uma competência”, um estudante passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Brenner, 2001, p.43). O trabalho a desenvolver no decorrer do campo de estágio tem como objetivo adquirir competências a nível de proficiente/perito.

2 QUADRO CONCEPTUAL

2.1 Doença Renal Crónica

A doença Renal Crónica (DRC) é uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, pode progredir lentamente, durante meses ou mesmo anos, em resultado da perda gradual dos nefrónios.

Em Portugal, estima-se que mais de 800 mil pessoas sofrem de DRC estando em crescente evolução, na ordem dos 4 a 5% ao ano, sendo a diabetes mellitus e a hipertensão arterial responsáveis por 46,8% das situações, em 2011 (31,7% diabetes, 15,1% hipertensão arterial). Segundo dados de 2011 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2011), 17553 pessoas estão dependentes de uma TSFR para sobreviver, destes 10409 encontram-se em Hemodiálise (HD), 704 em Diálise Peritoneal (DP) e 6440 transplantados com rim funcionante. Estes números relatam a realidade da doença em Portugal e o aumento significativo da sua prevalência, no entanto, não consegue transmitir o verdadeiro impacto que esta condição tem na vida das pessoas, como veremos nos capítulos seguintes.

K/DOQIDRC (2002) diz que estamos em presença de DRC quando se evidencia um dano renal ou um filtrado glomerular $<60\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$ durante um período superior a 3 meses (dano renal define-se como o conjunto de anomalias patológicas ou provas desse dano como: alterações sanguíneas ou urinárias bem como alterações visíveis nos estudos de imagem). Classifica-se em diferentes estádios consoante a deterioração da função renal, independentemente da causa inicial. Sendo os estádios definidos pelo valor da Taxa de Filtração Glomerular (TFG $\text{ml/minuto}/1,73\text{m}^2$), que funciona como fator de monitorização da função renal ou seja, da capacidade do rim filtrar e eliminar as substâncias tóxicas. É habitualmente

determinada de forma direta, através de uma colheita de urina de 24 horas onde se doseia a creatinina que foi eliminada bem como a que permaneceu no sangue. K/DOQI (2002) classifica a DRC em 5 estádios conforme definido na tabela seguinte.

Quadro 1- Classificação da DRC

ESTÁDIO	CLASSIFICAÇÃO	FGR (ml/min/1.73m ²)	ACÇÃO
1	Normal	≥ 0	Diagnóstico e tratamento Tratamento das comorbilidades Atraso da progressão Redução do risco cardiovascular
2	Leve	60 - 89	Avaliar todo o processo
3	Moderada	30 - 59	Avaliar e tratar as complicações
4	Severa	15 - 29	Preparação para TSFR
5	Terminal	≤ 5	TSFR ou Tratamento Conservador

Fonte: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf

Algumas pessoas apresentam risco aumentado para desenvolver DRC, mesmo com, TFG normal ou elevada e sem lesão renal. A probabilidade de a pessoa apresentar um risco aumentado para desenvolver DRC depende de fatores clínicos e sócio demográficos (K/DOQI, 2002). Quem pertence ao grupo de risco deve ser sujeito, a controlo analítico periódico e vigilância clínica, capacitando a pessoa para hábitos de vida saudável, controlo das glicemias e tensão arterial.

Quadro 2 - Fatores clínicos e sócio demográficos

CLÍNICOS	SÓCIO DEMOGRÁFICO
Diabetes mellitus	Idade avançada
Hipertensão arterial	Ascendência africana
Glomerulonefrites	História familiar
Pielonefrite crónica	
Doenças auto-imunes	
Neoplasia	
Exposição a certas drogas	

Fonte: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/ckd_evaluation_classification_classification.pdf

Nos estádios iniciais da DRC a ausência de sintomas dificulta o diagnóstico precoce da doença renal, passando facilmente despercebida pelo médico dos cuidados primários. Com o agravamento da função renal até a falência do órgão a sintomatologia começa a ser mais evidente surgindo sintomas de sobrecarga hídrica refractária aos diuréticos (edemas, cansaço fácil e dificuldade respiratória, que pode culminar em edema agudo do pulmão), hipercaliémia e/ou acidose metabólica, encefalopatia, pericardite, má nutrição calórico-proteica e o denominado “síndrome urémico”, que inclui: anorexia, perda de peso, dispneia, fadiga, prurido, confusão e alteração do sono e do paladar provocado sobretudo pela acumulação no sangue de produtos do metabolismo azotado (ureia, creatinina, potássio e fósforo), da diminuição do sódio, cálcio, hemoglobina e da retenção de líquidos. De acordo com Kasper *et al* (2006) a maioria destes problemas acaba por se resolver com o início da diálise. Cada pessoa poderá apresentar diferentes sinais e sintomas pois o carácter insidioso da doença permite ao organismo adaptar-se de forma variável. Consoante o estágio da DRC deve-se estabelecer um plano de cuidados com o objetivo de atrasar a progressão da doença, prevenir complicações, modificar comorbilidades presentes e preparar para o tratamento de substituição da função renal.

Segundo Bastos Marcus (2011) o tratamento ideal da DRC assenta em três pilares de apoio: diagnóstico precoce da doença, encaminhamento imediato para consulta de nefrologia e implementação de medidas para preservar a função renal. O diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para o nefrologista são etapas essenciais, pois possibilitam a educação pré-diálise e a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC, assim como diminuem a morbilidade e mortalidade.

Para Júnior (2004) a deteção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC. Num estudo DOPPS, realizado por Yokoyama *et al.* (2009) estes verificaram que uma referenciação precoce para um nefrologista, ainda na fase pré-dialítica, é um importante e modificável fator de risco, que está também associado a uma melhor saúde mental das pessoas após iniciarem HD. Opinião semelhante é defendida por Roubicek *et al* (2000) observou que, pessoas com DRC encaminhadas precocemente passavam menos dias no hospital após a diálise ser iniciada, tinham menor probabilidade de necessitar diálise de urgência, maior controlo da tensão arterial e menos edema agudo de pulmão. Apresentavam maior probabilidade de iniciar a diálise com um acesso vascular permanente do que as encaminhadas tardiamente. Noutro estudo McLaughlin *et al* (2001) avaliaram o custo financeiro do tratamento da DRC, pessoas encaminhadas precocemente têm uma taxa superior de anos de vida, sem uma TSFR, menos hospitalizações o que reflete numa redução de custos.

Em Portugal foi decretado que cada serviço hospitalar de nefrologia deve dispor de uma consulta de nefrologia específica destinada ao pleno esclarecimento do doente renal crónico acerca das diferentes modalidades de tratamento disponíveis, em diálogo com o nefrologista assistente e a equipa multidisciplinar de educação pré-diálise (enfermeiro, nutricionista, assistente social). Segundo a Circular Normativa nº 017/2011 de 28/09/2011 da Direcção Geral de Saúde (DGS), de acordo com o Departamento da Qualidade da Saúde “ é obrigatório a informação sistemática e o devido esclarecimento do doente renal crónico acerca das diferentes modalidades

disponíveis de tratamento da doença renal crónica avançada (estádio 5) ” (DGS,2011).

A opção da modalidade de tratamento depende da especificidade do caso clínico e vontade do doente/família. Segundo Auer (2005, p.81-84) quanto mais informação e preparação puderem ser transmitidas melhor a pessoa será capaz de se adaptar à nova realidade, principalmente se os conhecimentos adquiridos facilitar a escolha da modalidade de tratamento, que melhor se adequa à sua situação social e estilo de vida. As pessoas que são aparentemente mais bem-sucedidas são os que mantêm um sentimento de controlo sobre o tratamento.

A doença renal crónica terminal (DRCT) é uma condição potencialmente fatal e incapacitante Khalil, Lennie, Frazier (2010), os doentes para sobreviver necessitam de iniciar uma TSFR.

Hemodiálise (HD) - é atualmente a técnica mais utilizada, 10409 pessoas (SPN, 2011). Realiza-se num centro de diálise hospitalar ou privado (comparticipado pelo Sistema Nacional de Saúde). Consiste na filtração extra corporal do sangue, por uma máquina através de uma membrana semipermeável. Requer a criação de um acesso vascular preferencialmente a fístula artériovenosa (anastomose de uma artéria a uma veia), mas também pode ser utilizado outro acesso vascular como o enxerto/prótese artériovenoso (em material sintético politetrafluoroetileno) ou acesso percutâneo com um cateter de longa duração ou provisório (inserção do cateter numa veia grande calibre). A maioria das pessoas realiza três sessões semanais, por um período de três a quatro horas por sessão.

Diálise Peritoneal (DP) - foi introduzida há 30 anos em alternativa à hemodiálise, apesar de haver um acréscimo nos últimos anos 26,5% vs 15,8% (SPN 2011) continua a não ser o método de referência. É realizada pela pessoa no ambulatório, apresenta maior conforto, autonomia, estabilidade cardiovascular e da bioquímica sanguínea, e menor deterioração da diurese residual.

Requer a colocação de um cateter de Tenckhoff cirurgicamente na cavidade peritoneal, uma ou duas semanas antes de iniciar diálise. O procedimento dialítico

consiste na instilação de 1500 a 3000 ml de dialisante peritoneal na cavidade abdominal onde permanece durante 4 a 6 horas sendo posteriormente drenado. A remoção de solutos ocorre através do peritoneu que atua como uma membrana semipermeável. A complicação mais temida é a peritonite.

Existem dois tipos de modalidades:

- ➔ Diálise Peritoneal Contínua Ambulatório (DPCA) - as trocas são manuais, 3 a 4 vezes por dia, sendo a ultima troca antes de deitar (pausa noturna).
- ➔ Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) – as trocas são realizadas por uma máquina 3 a 5 vezes por noite, com infusão final do líquido a permanecer durante o dia na cavidade peritoneal.

Transplante renal (TXR) – consiste numa intervenção cirúrgica, onde o rim de dador vivo ou cadáver é colocado no abdómen e ligado à bexiga. Em Portugal, o número de transplantes renais ronda os 400 por ano, sendo que, destes, cerca de 10% são de dador vivo (SPN,2011).

É reconhecido como tratamento de 1ª linha, proporcionando melhor relação custo - benefício de todas as opções terapêuticas para além da melhor qualidade de vida as taxas de mortalidade nas pessoas com enxerto renal funcional são persistentemente inferiores quando comparadas com uma população idêntica em HD. No entanto, estão sujeitos aos efeitos acessórios da terapêutica imunossupressora a longo prazo, nomeadamente infeções, desenvolvimento de neoplasias, complicações cardiovasculares e músculo – esqueléticas (Franklin, 2005).

A pessoa vê no TXR a via de acesso à “libertação pessoal” e a oportunidade de recuperar o “ controlo sobre a própria vida”, Galpin (1992) citado por Thomas, Nicola (2005).

Tratamento Conservador Medico (TCM) – consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise nem à transplantação renal. As indicações para esta modalidade são, sobretudo, as situações em que o tratamento interventivo (diálise e transplantação) não se encontra indicado, ou não é possível efectuá-lo ou, ainda, quando não faculta uma esperança e uma qualidade de vida superiores à oferecida pelo tratamento conservador. Inclui como guias de tratamento orientações dietéticas, monitorização da terapêutica, controlo da tensão arterial, glicemia, distúrbios metabólicos e sintomatologia urémica (DGS, 2011).

Em Portugal é um tratamento pouco adoptado, desconhecendo-se o número de doentes que, por ano, opta por este tratamento ou que opta por descontinuar os tratamentos de diálise, face à sobrecarga física e psicológica da técnica, sem melhoria significativa do estado geral (SPN 2011).

2.2 Família

“Family is not an important thing, it’s everything” (Michael J. Fox). A vida em família é uma das primeiras experiências significativas do indivíduo e tem um papel determinante no seu desenvolvimento, na sua afetividade e no seu crescimento físico, psicológico e social. De acordo com Almeida (2007), a equipa de saúde, a família e a comunidade são pilares de suporte que ajudam a evitar a desestruturação da pessoa, preservando a sua integridade física e psicológica da mesma.

O conceito de família tem sofrido ao longo dos tempos transformações significativas consoante o contexto sociocultural, onde está inserida. Na literatura existem diversos conceitos de família, sendo por isso difícil encontrar uma adjectivação suficientemente abrangente que traduza a totalidade da sua dimensão.

Segundo Martins (2002 p.113) a família “ é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização bem como para a formação da sua personalidade”. É na família que cada geração assume a responsabilidade para com os seus membros. Como refere

o autor “A família é, pois, o espaço natural onde se faz a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos” (Martins, 2002, p.111). A família “é o local onde se nasce, cresce, vive e morre. E onde se sofre e ama e, acima de tudo o Homem se realiza na plenitude do seu ser” Professore Villadrich citado em Pinto (1994).

Partilhando da mesma opinião Almeida (2007) citando Frei Bernardo (1994) considera família como a “célula básica da sociedade, em que o relacionamento interpessoal é assente em relações afetivas, em que cada um assume o seu papel, função e estatuto, vivendo num contexto de referências e valores comuns”.

Embora as tradicionais designações de família valorizem os critérios de consanguinidade, adoção e matrimónio, atualmente são consideradas limitadoras e castradoras das novas formas familiares. Sendo assim, podemos considerar atual a definição de Relvas (2006), “A família não depende só dos laços sanguíneos, mas também e, sobretudo, das ligações afetivas.” (Relvas 2006, p.10).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2002) descreve família como:

o conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo (CIPE, 2002).

Família para Sampaio e Gameiro (2005), designa um grupo com necessidades funcionais que influenciam o modo de interação familiar e depende dos aspetos culturais de cada sociedade; consideram que fazem parte da família, elementos não ligados por laços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo. Distinguindo ainda três tipos de família: a *família nuclear*, que inclui os pais e os filhos, a *família extensa*, que abrange a família alargada com várias gerações.

O conceito de família nuclear constituída por homem (papel principal trabalhar para sustentar a casa); mulher (papel de cuidar dos filhos e gerir a casa), casados com um ou mais filhos deixa de ser um modelo dominante, atualmente existe inúmeras formas de organização familiar (anexo I).

A família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos.

Segundo Andrade e Martins (2011) a qualidade do ambiente afetivo é um fator determinante na atitude da família e na perceção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade. A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família. O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais.

Segundo Minuchin (1982) existem dois tipos de funções:

- a) Interna consiste em criar de condições facilitadoras de desenvolvimento e proteção dos seus membros.
- b) Externa consta na socialização, adequação e transmissão de uma determinada cultura.

Estas funções têm como objetivos a criação de um sentimento de pertença ao grupo e de uma identidade familiar tendo em vista a autonomização e individualização dos seus membros.

Entre as várias funções que a família desempenha, Martins (2002) considera uma das funções primordiais a proteção dos seus membros, particularmente traduzida no cuidar. É no seio familiar que se adquirem conceitos de saúde, estilos de vida

saudáveis, valores, crenças, e atitudes face à saúde e à doença. Socialmente, a família é o sistema básico no qual os cuidados de saúde são organizados, prestados e assegurados.

Para Stanhope e Lancaster (1999 p.503) destaca-se como principais funções da família: “Gerar afeto; proporcionar segurança e aceitação pessoal; proporcionar satisfação e sentimento de utilidade; assegurar continuidade das relações; proporcionar estabilidade e socialização; impor autoridade e sentimento do que é correto”. O mesmo autor acrescenta outra função relativo à saúde, mencionando que a família protege a saúde dos seus membros, apoiando em situação de doença “a família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros (estado de saúde da família) ”

O ciclo de vida da família refere-se à história de cada família, à sua evolução e transformação, possui vários estádios onde existem tarefas próprias que devem ser cumpridas com o objetivo da unidade familiar se desenvolver com sucesso (Nunes, 2011,p.31). Segundo o mesmo autor ao longo do desenvolvimento da família novos papéis podem ter de ser aprendidos, novas obrigações e novas técnicas e padrões de relacionamento podem ser adotados, mediante o diagnóstico de uma doença crónica. O próprio quotidiano familiar, com a distribuição dos tempos de trabalho interno ou domestico e externo o tempo de lazer e descanso é influenciado pelas normas sociais e culturais de cada tempo histórico.

A repercussão de uma doença num dos membros da família pode ser diferente em função do ciclo de vida em que se encontra. É importante conhecer a fase do ciclo de vida familiar e estágio de desenvolvimento individual de todos os membros da família, dado que o diagnóstico de uma doença grave pode eventualmente ser mais facilmente aceite numa fase final do ciclo de vida (idoso) do que no início (criança).

Ramos (2007, p.30) citando Gomes, Soares e Veiga (1997) referem que a capacidade para ultrapassar uma crise depende da flexibilidade que a família tem

para se reorganizar em termos da distribuição interna de papéis e da capacidade para utilizar recursos externos.

A doença significa perda da harmonia, levando a pessoa procurar um novo equilíbrio. É neste momento que a família ocupa um papel importante no seu funcionamento. Os membros da família estão interligados e dependentes uns dos outros. De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes afeta todos os outros ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros desse sistema. Atualmente reconhece-se que a adaptação à DRC é um processo complexo, pelo impacto que a situação de doença provoca, na esfera pessoal, familiar e social da pessoa e a pessoa utiliza estratégias para se adaptar a sua nova condição de saúde (que se remete para o apêndice II).

A percepção que a pessoa tem do apoio familiar está associada não só com níveis mais baixos de ganho de peso interdialítico, mas também de sobrevivência referido por Kara, Caglar, e Kilic (2007); Patel, Peterson e Kimmel (2005); Thong, Kaptein, Krediet, Boeschoten, e Dekker (2007) citados por Yokayan et al. (2009).

Estes resultados vão ao encontro do que Hailey e Moss (2000) citando Christensen et al. (1992) verificaram que a percepção que os utentes têm do seu suporte familiar estava relacionado com a adesão ao regime hídrico, mas não com o regime alimentar. No entanto, Boyer et al. (1990), referido pelo mesmo autor verificaram que os utentes que têm maior suporte familiar apresentavam níveis mais baixos de fósforo e potássio sérico bem como se verificava um aumento na adesão à medida que aumentava o sentimento de irritação na família por o utente não aderir ao tratamento.

Segundo Mapes (2003) maior apoio social melhora a qualidade de vida da pessoa em hemodialise e contribui para a redução das taxas de hospitalização e morte.

Num estudo Dopps realizado por Untas et al (2011) cujo objetivo era investigar a influência do apoio social e outros fatores psicossociais sobre a mortalidade, a adesão as recomendações de cuidados médicos, e qualidade de vida física entre pacientes em hemodiálise, verificaram que o apoio social pode melhorar a qualidade de vida e contribuir para a redução das taxas de hospitalização e morte. Que níveis mais baixos de apoio familiar estão associados a maior risco de não adesão aos cuidados médicos.

Nesta pesquisa também foram observados especificidades culturais, na América do Norte, os doentes insatisfeitos com o apoio familiar e o seu sentimento de “fardo” foi associado ao abandono às sessões de hemodiálise. Na Europa, Austrália/New Zelândia este sentimento foi associado ao abandono às sessões de hemodiálise e apresentação de hipercaliémia. No Japão, o isolamento dos doentes e insatisfação com o tempo de apoio familiar estão associados ao excessivo GPID.

Em suma, a família desempenha um papel importante na adaptação à doença e na adesão ao regime terapêutica, contribuindo para a redução de taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade, De acordo com Martire e Schulz (2007) e Scatolin et al (2010) a família é o elo de ligação mais importante do doente, o seu grande apoio emocional,

2.3 Adesão ao Regime Terapêutico

A adesão da pessoa às condições impostas por uma doença e ao seu tratamento tem sido nas últimas décadas um tema de crescente investigação nomeadamente na área da saúde pública. Os ganhos em saúde para a pessoa e família exigem adesão ao regime terapêutico. De forma a conhecer este fenómeno é importante definir e compreender os conceitos adesão e regime terapêutico.

Etiologicamente, a palavra adesão deriva do latim *adhaesion*, é utilizado com mais frequência na literatura, porque reconhece que a pessoa não é um sujeito passivo devendo a adesão ser um “sinónimo de concordância compreendendo a aceitação e

intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho e Carneiro, 2004, p. 9-10). Outros autores falam numa “aliança terapêutica” entre o profissional de saúde e a pessoa portadora da DRC (Vermeire et al., 2001, Osterberg e Blaschke, 2005 citado em Dias et al. 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou, em 2003, uma iniciativa global para melhorar os níveis de adesão e definiu adesão (*adherence*), como a “extensão em que o comportamento da pessoa, relativamente à toma de medicação, seguimento de uma dieta e/ou alteração de hábitos e estilos de vida, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde” World Health Organization (WHO, 2003, sec. 1, cap. 1, p.3).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) do International Council of Nurses (ICN) define o comportamento de adesão como: “um tipo de Comportamento de Procura de Saúde com as características específicas: ação Auto iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos” (ICN, 2005, p.57).

A partir deste conceito, define Gestão do Regime Terapêutico como:

um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária (ICN, 2005, p.57).

O termo regime terapêutico das pessoas com insuficiência renal crónica é complexo e multifacetado envolvendo diferentes componentes, nomeadamente o regime alimentar que inclui a ingestão diária de proteínas, líquidos, potássio, sódio, fósforo, cálcio, vitaminas e minerais; o regime medicamentoso que inclui vitaminas, cálcio e captadores de fósforo entre outros fármacos; a comparência aos tratamentos e a manutenção do acesso vascular, Machado (2009 p.43).

Segundo Auer (2005) as pessoas que sofrem de insuficiência renal têm poucas hipóteses de disfarçar o facto de não estarem a cumprir as instruções dos profissionais porque os resultados das análises de sangue, a tensão arterial e o ganho de peso revelam a falta à diálise, os abusos alimentares ou hídricos assim como a não toma da medicação (Auer, 2005, p.97).

As evidências afirmam que um dos principais problemas com que o sistema de saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, cujas consequências se refletem no aumento de morbilidade e mortalidade, na redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes (ICN,2003).

De acordo com Hailey e Moss (2000), a adesão à dieta e à medicação é aferida pelos níveis séricos de fósforo e potássio pré-dialíticos, enquanto a avaliação da gestão da ingestão hídrica é avaliada pelo ganho de peso inter- dialítico (GPID).

Segundo os mesmos autores a não adesão aos alimentos ricos em potássio leva a um aumento dos níveis de potássio no sangue (hipercaliémia) provocando sérias alterações a nível cardiovascular, podendo ocorrer arritmias cardíacas e morte. Por sua vez a não adesão à restrição hídrica em situações de emergência como edema agudo do pulmão pode resultar em intercorrências dialíticas por ultrafiltração altas como as câibras e vômitos. Relativamente à não adesão medicamentosa principalmente aos fixadores do fósforo leva à hiperfosfatémia e hipocalcémia que condicionara à desmineralização óssea.

Num estudo realizado por Saran R et al. (2003), são identificados como indicadores de não-adesão:

- ➔ Faltar uma ou mais sessões de diálise no último mês
- ➔ Diminuir o tempo de tratamento pelo menos uma sessão de HD em mais de 10 min no último mês
- ➔ Concentração sérica de potássio pré-dialise superior 5,5 mEq/L
- ➔ Concentração sérica de fósforo pré-dialise superior 7,5 mg/dL
- ➔ Ganho de peso inter-dialítico superior 5,7% do peso seco.

2.4 Educação para a Saúde

Segundo Carvalho e Carvalho (2006) citando os autores Tones e Tilford (1994) educação para a saúde é:

toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006 p.21).

A educação para a saúde (EpS), tem-se revelado um instrumento eficaz na promoção da saúde sendo um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde, (OMS, 1985).

Carvalho e Carvalho (2006), consideram a EpS como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo. A atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.

A natureza da relação de cuidados entre o enfermeiro e a pessoa com IRCT, associada à proximidade, bem como à regularidade e duração dos tratamentos de substituição renal, proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efetivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde (DOPPS, 2003).

Os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências para um efetivo desempenho do papel de agentes de EpS. Segundo Benner (2001) “as enfermeiras especializadas não transmitem apenas informações, oferecem maneiras de ser, de

enfrentar, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de enfermagem”.

A mesma autora enumera no domínio Função de Educação e Guia as seguintes competências:

(1) O momento: saber quando o doente está pronto a aprender, (2) Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida, (3) Saber e compreender como o doente interpreta a sua doença, (4) Fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões dos tratamentos, (5) A função de guia: tornar abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente tabu de uma doença” (Benner, 2001, p. 104).

De acordo com Benner (2001, p.103) em situações extremas os enfermeiros utilizam também os seus recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer tipo de abordagem ao doente.

Segundo Machado (2009) o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com a pessoa e com a família, através da escuta ativa e de uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial. Numa sequência de intervenções que segundo Pacheco e Cunha, vão desde (1) Identificar o que o utente pretende saber; (2) Determinar o que o utente pretende aprender; (3) Entender a motivação e aptidão para aprender; (4) Colher os dados do utente, família e comunidade, tendo em atenção os fatores de aprendizagem; (5) Avaliar os dados de forma a identificar as necessidades de aprendizagem; (6) Incentivar e promover a participação do utente no processo de aprendizagem; e (7) Ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem do utente (Pacheco e Cunha, 2006).

White (2004) partilha da mesma opinião, classificando em três categorias as estratégias de adesão, descritas na literatura, (1) remoção de barreiras; (2) educação e (3) atenção dirigida (através de estratégias de comportamento cognitivo). O primeiro passo é remover as barreiras que possam estar a contribuir para a não adesão. As barreiras podem ser identificadas através da entrevista,

procurando identificar problemas como transporte, conflitos familiares, problemas pessoais, diminuição de ordenado, horário do tratamento, dor, frio, conflitos com os profissionais ou com outros utentes, o desejo fumar ou a impossibilidade de ir ao WC durante o tratamento. A segunda estratégia refere-se à educação, que é tipicamente utilizada pelos enfermeiros para melhorar a adesão. No entanto, apesar da importância da educação para promover a adesão, as estratégias tradicionais dos programas educacionais promovem bons resultados mas com benefícios apenas a curto prazo. Este autor sugere, então, uma terceira forma de intervenção, atenção dirigida através de intervenções cognitivo comportamental, do incentivo, do apoio e aconselhamento psicológico através das quais, sem juízos de valor, o enfermeiro ajuda o utente a envolver-se no seu autocuidado, ajudando-o a reconhecer como os seus comportamentos afetam a sua saúde.

Como facilmente se depreende as estratégias para melhorar a adesão passam pelo aumento da participação da pessoa na tomada de decisão para, desta forma, conseguir o que é melhor para si de forma consciente e informada (Vermeire et al,2001), bem como através de estratégias para motivar e capacitar a pessoa, sensibilizando-a para a importância da adesão (Kugler et al,2005).

As intervenções de enfermagem são fundamentalmente no âmbito do “educar, ensinar, instruir e treinar “ (Machado,2009,p.58). Compete ao profissional de saúde, investir nesta área que tem tanto de complexa como de apaixonante, efetuando escolhas e adaptando as suas intervenções às necessidades daqueles que são o seu alvo de atenção, a pessoa/família com DRCT.TSR, Incentivando o empowerment do plano terapêutico com objetivo a promoção da adesão terapêutica.

3 ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Aprender a ser enfermeiro constitui um processo permanente que atravessa toda a trajetória profissional e implica articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo” (Rui Canário, 1988)

Enfermeira de Nefrologia *“is a professional practitioner who possesses sufficient knowledge in delivering health care to individuals with renal failure who may be at any stage of the therapeutic continuum”* (Baer, 1979 referido em EDTNA/ERCA, 2000). Seguindo este ideal de sermos peritos na prestação de cuidados de enfermagem nas diferentes áreas de intervenção da Enfermagem Nefrológica à pessoa em situação de doença renal aguda ou crónica quer em TMC ou TSFR ou até em situação pré ou pós TXT, foram seleccionadas os campos de estágio.

Em seguida, serão apresentadas, as atividades desenvolvidas e uma reflexão crítica em cada campo de estágio. O trabalho de campo está sustentado no quadro conceptual previamente apresentado.

3.1 Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Setúbal Unidade de Diálise Peritoneal (UDP)

Exercendo funções numa Unidade Hospitalar de Hemodiálise surgia por vezes necessidade de prestar cuidados à pessoa insuficiente renal cronica terminal (IRCT) em programa de DP. A escolha desta unidade como campo de estágio Deve-se, a necessidade de adquirir competências na área da DP com o objetivo de prestar cuidados com qualidade e personalizados a pessoa em TSFR (caraterização e atividade de enfermagem do serviço descritos no apêndice III).

Antes de iniciar o estágio, foi entregue a Sra. Enfermeira-Chefe e a Enfermeira Orientadora, o projeto de estágio com a finalidade de apresentar, os objetivos e atividades a que nos propúnhamos. O processo de integração decorreu sem interferência, sentindo-nos sempre bem recebidos. As atividades desenvolvidas serão apresentadas em seguida, conforme os objetivos estabelecidos.

Objectivo1:Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa com IRCT em TSFR – DP.

Ao estabelecer este objetivo, propomo-nos desenvolver através das atividades descritas competências técnicas, científicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem à pessoa IRCT em DP de forma holística.

Para concretizar este objetivo começamos por nos integrar na equipa, envolvendo-nos na prestação direta de cuidados a todas as pessoas IRCT que recorriam à unidade. A prestação direta de cuidados serviu com o propósito:

- ➔ Conhecer a estrutura física, organização e metodologia do serviço;
- ➔ Conhecer os protocolos, normas e principais rotinas do serviço;
- ➔ Recolher dados sobre a situação da pessoa/família, utilizando técnicas de observação e entrevista, bem como a consulta de outras fontes de informação;
- ➔ Identificar situações que requerem intervenção de Enfermagem no âmbito da homeostasia pessoal e familiar.

Esta abordagem permitiu-nos estabelecer uma relação de parceria com a equipa e com a pessoa que recorria a esta unidade, como tal assistimos e participamos nos ensinamentos de indução à técnica de DP, na colocação de cateter tecnoffs, colheitas de sangue, realização do teste de equilíbrio peritoneal (PET), realização do penso do orifício do cateter e administração de terapêutica prevista no protocolo de peritonite. Tivemos oportunidade de realizar a técnica de DP autonomamente a pessoa IRCT internado no serviço de Cardiologia, Urologia e no internamento de Nefrologia.

Consideramos que o processo de autonomia promove a sedimentação das competências desenvolvidas.

Durante as 5 semanas de estágio verificamos que a pessoa em TSFR-DP apresenta uma taxa de adesão alta ao regime dietético e apoio familiar. Segundo Auer (2005, p. 84) a aquisição de conhecimento e competência do plano terapêutico, potencia positivamente o comportamento de adesão por parte da pessoa. As pessoas que são aparentemente mais bem-sucedidas são os que mantêm um sentimento de controle sobre o tratamento

Apesar do objetivo principal ser prestar cuidados a pessoa IRCT em TSFR- DP, não podemos deixar de participar na prestação de cuidados à pessoa TXR, através da colheita de sangue para doseamento da terapêutica imunossupressora, avaliação da tensão arterial e pesagem pré-consulta. Durante o período de estágio, verificamos que a taxa de HTA na pessoa TXR que recorriam à consulta era alta, questionados confidenciavam que não tinham tomado a terapêutica, por se encontrarem em jejum para realizar análises, assim como, tinham iniciado dieta salina, foi reforçado o ensino sobre a importância do controlo da hipertensão e toma da terapêutica, e da dieta hipossalina na prevenção da falência renal. A equipa foi sensibilizada para a importância do ensino sobre a gestão do regime terapêutico.

Ao longo da nossa interação procurámos intervir de acordo com o que é sugerido por White (2004) e por Chamney (2007) ou seja, procurando produzir mudanças de comportamentos, ajudando a reconhecer de que forma os comportamentos afetam a saúde.

Neste período, tivemos oportunidade de assistir a uma ação de formação sobre: “Princípios na Preparação e Administração de Timoglobulina”.

Objetivo 2: Promover melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Ao estabelecer este objetivo pretende-se obter, os seguintes resultados: Promoção da melhoria da qualidade dos cuidados promovendo a proximidade entre equipa, pessoa IRCT/família.

A melhoria de cuidados passa por fomentar uma relação de confiança e parceria com a equipa multidisciplinar. Para concretizar este objetivo propusemo-nos como atividades a realizar:

- ➔ Atuar como formador oportuno dos pares;
- ➔ Contribuir para novos conhecimentos;
- ➔ Realizar uma ação de formação de acordo com as necessidades identificadas.

No decorrer do estágio houve necessidade de realizar penso e heparinizar um cateter de longa duração, assim como apoio na colocação de um cateter provisório. Durante estes dois procedimentos constamos insegurança e desconhecimento sobre a prestação de cuidados à pessoa com cateter para hemodiálise. Aproveitamos este momento para partilharmos os conhecimentos sobre a diferença entre cateter de longa duração e provisório, a sua finalidade; quais os cuidados a ter na manutenção e heparinização nos dois tipos de cateteres.

Esta partilha de conhecimentos representa, uma mais-valia na continuidade de cuidados, prestados à pessoa em TSFR dentro da mesma instituição. No entanto, pareceu-nos que os cuidados à pessoa em TSFR-DP são essencialmente focalizados nos problemas direcionados aos cuidados a ter com o cateter tecnoffs e à realização da técnica assim como, os cuidados à pessoa TXT estão relacionados especificamente com o doseamento da terapêutica imunossupressora, temos como exemplo, um cliente TXT com fístula arteriovenosa (FAV), que questionou sobre a diminuição do frémito, como os colegas demonstraram dúvidas sobre os cuidados com os acessos vasculares, pareceu-nos oportuno realizar uma ação de formação sobre este tema. A proposta de realização da formação foi aceite quer pela enfermeira orientadora, quer pela enfermeira chefe e restante equipa do SIN. Assim, no dia da formação/sessão de sensibilização, procuramos salientar, uma vez mais a importância da manutenção do acesso vascular para hemodiálise, estimulando a participação dos profissionais a expor as suas dúvidas. Várias foram as experiências partilhadas no decurso desta sessão que, a nosso ver, funcionou como um momento

privilegiado de desenvolvimento profissional da equipa, (vide o plano da sessão no apêndice IV).

Objetivo 3: Compreender o papel da família na adesão ao regime dietético da pessoa com IRCT em tratamento em TSFR em DP.

Para concretizar este objetivo propomo-nos:

- ➔ Promover o respeito pelas capacidades, crenças, valores, e desejos da pessoa;
- ➔ Estabelecer uma relação de empatia com a pessoa IRCT e sua família/cuidador informal;
- ➔ Recolher dados através da consulta do processo clínico e de técnicas de observação/entrevista não formal, com objetivo de identificar o grau de adesão e funcionalidade da família.

Durante o período de estágio verificamos que a família tem um papel ativo na aprendizagem da técnica de DP, mesmo quando a pessoa é autónoma nas atividades de vida diária. Verificamos que a mulher como elemento cuidador adota uma postura protetora na manutenção do tratamento incentivando à adesão e adotando a dieta do companheiro. De acordo com Pereira (2011) citando Coyne JC e Fisk V. (1992), as mulheres como principais cuidadoras absorvem o “fardo” desempenhando o papel fundamental na adaptação à doença. Segundo o mesmo autor quando o homem regressa de um internamento, são apapericados pelas companheiras e não se envolvem nas atividades domésticas, por sua vez, quando é a mulher rapidamente esta assume as funções de cuidadora das necessidades dos outros membros, sentindo-se culpada pela mudança imposta.

É de salientar que a família representa na adaptação da pessoa à doença e na adesão ao tratamento um papel importante. De acordo com Chistensen et al (1992), Untas et al (2011) e Kara et al (2007) o apoio exercido pela família/amigos está associado a adesão da ingestão de líquidos recomendados.

Concluímos que o apoio familiar é indiscutivelmente de grande importância para o cliente renal crónico em programa de DP, assim como, a atuação do enfermeiro como educador, facilitando a adaptação da pessoa/família ao tratamento, como responsável, pelo treinamento e conscientização da pessoa/família sobre o autocuidado, tornando-os membros ativos no processo saúde-doença.

Breve reflexão

A realização deste campo de estágio mostrou-se como um local-chave para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados na área de intervenção da Enfermagem Nefrológica à pessoa em TSFR-DP e à pessoa TXT. Procurou-se para além da aquisição de competências na realização da técnica, perceber também o que envolve o tratamento de diálise peritoneal e o tratamento imunossupressor para a rejeição do enxerto.

O facto de o local de estágio pertencer à mesma instituição facilita a comunicação e a partilha de conhecimentos com os pares. Bem como, a relação com a equipa médica, pois esta demonstrou disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, permitindo participar nas consultas, através de ensinios pontuais. Consideramos ter atingido os objetivos propostos para este campo de estágio, opinião corroborada pela avaliação atribuída pela enfermeira orientadora, que poderá ser consultada no anexo I.

3.2 Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Lisboa

A escolha desta unidade teve como objetivo dar continuidade à aquisição de competências como enfermeiro especialista na área de Enfermagem Nefrológica. O serviço de nefrologia encontra-se situado num pavilhão que incorpora a área de internamento e hemodialise, a área de ambulatório, à exceção da consulta de nefrologia e ainda laboratórios ligados à patologia do foro renal. A equipa de enfermagem presta cuidados de enfermagem especializados a clientes com doença renal em fase aguda ou crónica em regime de internamento, urgência nefrológica e

ambulatório (caraterização e atividade de enfermagem do serviço descritos no apêndice III).

No primeiro dia de estágio foi apresentado a Enfermeira- Chefe, a Enfermeira-Orientadora os objetivos e as atividades, que pretendíamos desenvolver. Durante o decorrer do estágio houve necessidade de complementar os objetivos proposto, por ser um serviço com todas as valências de nefrologia. Surgindo assim, oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa com DRC nos diferentes estádios. Apresenta-se em seguida os objetivos e atividades desenvolvidas para este campo de estágio.

Objectivo1: Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa com DRC.

Para concretizar este objetivo propusemo-nos como atividades a realizar:

- ➔ Assistir à passagem de turno da enfermaria, esta abordagem permite compreender quais as causas do internamento, as intercorrências mais frequentes e os cuidados de enfermagem prestados;
- ➔ Participar nas atividades desenvolvidas pelos pares;
- ➔ Conhecer os protocolos, normas e principais rotinas do serviço;
- ➔ Conhecer a estrutura física, organização e metodologia do serviço.

Nos primeiros turnos, a par da integração no serviço e na equipa multidisciplinar, ocorreu a ambientação e aperfeiçoamento aos procedimentos técnicos da TSFR-DP, As competências de ordem técnica, foram sendo desenvolvidas de forma progressiva, no sentido da autonomia. A par com a Consulta de DP estava o Hospital de Dia de nefrologia as atividades desenvolvidas nesta unidade basearam-se nas colheitas de espécimes para análise, administração de terapêutica diversa como antibióticos, sangue, realização de pensos a soluções de continuidade da pele e tecidos, desobstrução de cateteres de hemodiálise de longa duração, avaliação de sinais vitais e ensinos para a saúde pontuais relacionados com a terapêutica hipertensiva, alimentação ou cuidados com o acesso vascular. Envolvermo-nos na

realização destas atividades promoveu a integração e a partilha de conhecimento. Perante as características específicas deste serviço, tivemos também oportunidade de participar na Consulta de TXT, consulta de DRC Avançada, consulta de construção do acesso arteriovenoso e Sala de Hemodialise.

Na consulta de DRC Avançada assistimos a uma consulta de 1ª vez, a pessoa IRCT nesta consulta tem uma entrevista com a equipa de enfermagem, onde é abordado as diferentes técnicas dialíticas, avaliação dos parâmetros vitais e colheita de dados sobre as condições habitacionais, o apoio familiar e social. Uma entrevista com a dietista, onde são realizados os ensinamentos sobre a alimentação, consoante os valores analíticos e os gostos da pessoa. É feito o encaminhamento para a assistente social e psicóloga. Esta consulta é de grande relevância na adaptação da pessoa/família à DRCT e na adesão a TSFR e regime dietético. Segundo Auer (2005, p. 81), quanto mais informação e preparação puder ser transmitida melhor a pessoa será capaz de se adaptar à nova realidade, principalmente se os conhecimentos adquiridos facilitar a escolha da modalidade de tratamento, que melhor se adequa à sua situação social e estilo de vida.

Na Consulta de TXT, tivemos oportunidade de assistir a expectativa da realização de um transplante e o medo da falência do rim. Bem como, assistir à consulta de vigilância de um dador vivo, que não posso deixar de referir pelas questões éticas que se levantaram, inerentes a este ato de coragem. Se eticamente é correto uma jovem adulta em idade fértil com zero gestações estar dentro dos padrões de doação, existindo a probabilidade de desenvolver uma DRC durante uma gravidez. No entanto, a jovem foi informada sobre o risco e estava feliz por ter “liberto” o irmão da hemodialise. Galpin (1992) citado por Thomas (2005), a pessoa vê no TXR a via de acesso à “libertação pessoal” e a oportunidade de recuperar “o controlo sobre a própria vida”.

Na Consulta de construção de acesso arteriovenoso, assistimos à consulta médica de avaliação da rede vascular, de modo a programar e otimizar a construção de acesso vascular para hemodialise. Realizamos e reforçamos ensinamentos sobre os

cuidados com a FAV, avaliamos o funcionamento do acesso arteriovenoso através da palpação do frémito e auscultação do sopro, realizamos pensos cirúrgicos e retirámos material de sutura de FAV e prótese arteriovenosa. A participação nesta consulta foi uma mais-valia na partilha e consolidação das competências adquiridas.

Objetivo 2: Promover melhoria na qualidade dos cuidados prestados

A melhoria de cuidados passa por fomentar uma relação de confiança e parceria entre a equipa e a pessoa/família. Como tal, a aquisição desta competência foi realizada através das seguintes atividades.

- ➔ Atuar como formador oportuno dos pares;
- ➔ Deixar um contributo de acordo com as necessidades identificadas

A equipa de enfermagem do Serviço de Nefrologia tem uma vasta experiência na prestação de cuidados à pessoa com DRC, por um lado pelas características próprias do serviço, por outro, pelos anos de serviço nesta área. Assim o trabalho de campo desenvolvido limitou-se à sensibilização da equipa para a importância da família na adesão ao regime terapêutico, e empowerment do cliente no plano terapêutico. No entanto, pretendíamos deixar algum contributo para a melhoria e continuidade dos cuidados. Após realizar um levantamento das necessidades do serviço, propusemos à enfermeira-chefe, enfermeira responsável pela formação e à orientadora a elaboração de um folheto sobre os cuidados a ter com o Cateter de Longa Duração para hemodialise, a ser entregue à pessoa/família no dia da colocação, (consultar o apêndice V).

Objetivo 3: Capacitar para a gestão do regime dietético a pessoa/família com IRCT.

Ao determinar este objetivo, pretendemos compreender através das atividades descritas as causas da não adesão, bem como capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde. Para concretizar este objetivo traçamos como atividades a desenvolver:

- ➔ Promover o respeito pelas capacidades, crenças, valores, e desejos da pessoa;
- ➔ Estabelecer uma relação de empatia com o cliente e sua família/cuidador informal;
- ➔ Recolher dados sobre a situação da pessoa/família, utilizando técnicas de observação e entrevista, bem como a consulta de outras fontes de informação;
- ➔ Identificar situações que requerem intervenção de Enfermagem no âmbito da homeostasia pessoal e familiar.

De acordo com as atividades traçadas o trabalho de campo desenvolvido decorreu durante a prestação direta de cuidados de enfermagem aos clientes em TSFR DP. Como tal, através da observação, entrevista informal, consulta do processo clínico e consulta dos resultados analíticos, pretendíamos compreender o nível de conhecimento da pessoa em relação à alimentação assim como, se cumpria o regime dietético e qual o papel que a família desempenhava em relação ao regime terapêutico. Nas 6 semanas que decorreu o estágio, numa amostra de 13 pessoas (6 do género feminino e 7 do género masculino), com média de idade entre os 29 e 60 anos. Verificou-se que o adulto jovem independentemente do género é autónomo no seu processo de saúde. No adulto de meia-idade, a mulher desempenha um papel importante na adaptação à doença, já que são elas que absorvem o papel de cuidadoras, adotando a alimentação do marido e acompanhando-o à consulta. Nesta amostra verificou-se adesão ao regime terapêutico. A investigação sugere que o encaminhamento precoce para o nefrologista e a educação pré-diálise, facilita a adaptação à DRC e adesão ao regime terapêutico. Neste caso, as pessoas IRCT foram seguidos previamente na consulta de nefrologia, tendo oportunidade de optar pela TSFR.

Breve Reflexão

A realização do estágio numa instituição com uma cultura organizacional e metodologia de trabalho diferente traz contributos passíveis de aplicar em contexto

de trabalho. O facto de, no mesmo espaço físico, existir diferentes valências na área de nefrologia, bem como a equipa multidisciplinar ser comum facilita uma continuidade de cuidados de enfermagem à pessoa IRCT nos diferentes estádios da doença.

Considero, que a realização deste campo de estágio foi uma mais-valia na aquisição de competências, na área de intervenção da Enfermagem Nefrológica à pessoa com DRC quer em tratamento conservador, utilizando uma TSFR, em situação pré e pós TXT ou durante o internamento hospitalar. Pensamos que através do trabalho realizado foram atingidos os objetivos que nos propusemos, opinião demonstrada pela orientadora e que pode ser consultado no anexo III.

3.3 Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Setúbal Unidade de Hemodiálise (UHD)

A UHD é o serviço onde exercemos funções desde 2006 (caraterização e atividade de enfermagem do serviço descritos no apêndice III). A escolha deste campo de estágio prende-se com o dever de trazer contributos da investigação para o serviço. Bem como, compreender a relação entre a funcionalidade familiar e adesão ao regime dietético, com o objetivo de dar resposta à nossa pergunta de investigação.

À semelhança do ocorrido nos outros campos de estágio, foi apresentado ao Enfermeiro-chefe os objetivos e as atividades a serem desenvolvidos durante o estágio, que de seguida serão apresentados.

Objetivo 1: Desenvolver competências diferenciadas no âmbito da prestação de cuidados a pessoa com IRCT com necessidade de HD.

Ao estabelecer este objetivo, e através das atividades que em seguida se apresentam, pretende-se promover melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Traçamos como atividades:

- ➔ Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- ➔ Criar um ambiente terapêutico e seguro;
- ➔ Promover uma prática baseada na evidência
- ➔ Promover a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem.
- ➔ Estabelecer parceria com a pessoa e família no planejamento do processo de cuidados
- ➔ Realizar educação para a saúde sobre o regime dietético.

A prática direta de cuidados através do método de enfermeiro de referência permitiu identificar as pessoas IRCT que não aderem ao regime dietético e assim estabelecer um plano educacional. Temos por exemplo, o caso de um cliente que sistematicamente vinha com excesso de peso, com objetivo de compreender a razão para o excesso de GPID estabeleceu-se uma relação de parceria com a pessoa e com a família sensibilizando-os para o processo de saúde. Foram reforçados os ensinamentos sobre estratégias a adotar para diminuir a sede e riscos que corre se manter o mesmo padrão. Após esta intervenção existiu uma melhoria na adesão ao regime dietético. Segundo White (2004) e Chamney (2007) o enfermeiro deve procurar produzir mudanças de comportamentos, ajudando a reconhecer de que forma os comportamentos afetam a saúde.

Outro exemplo é de uma pessoa IRCT a fazer anticoagulação com varfine que nunca sabia a dose a tomar, neste contexto foi elaborada uma folha de registo de terapêutica que passou a constar no processo clínico e outra entregue à pessoa, (consultar o apêndice VI). Com a finalidade de dar continuidade aos cuidados prestados às pessoas IRCT que recorriam ao serviço vindo de outros centros de diálise, para desobstruir cateter de longa duração ou colocar cateter para hemodialise foi elaborado, uma carta a ser entregue à equipa de enfermagem do centro de origem (apêndice VII). Assim como uma carta de transferência pós indução de hemodiálise (apêndice VIII).

Objetivo 2: Atuar como elemento dinamizador integrando as novas evidências no contexto da práxis, com base nos contributos do trabalho de campo desenvolvido e da pesquisa efetuada.

Ao delinear este objetivo, pretendemos, como resultado final e através das atividades descritas em seguida, sensibilizar a equipa para os efeitos da incorporação dos resultados da investigação na prática clínica na melhoria da qualidade dos cuidados.

- ➔ Atuar como formador oportuno de pares;
- ➔ Contribuir para aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento de uma prática especializada;
- ➔ Demonstrar conhecimentos e aplica-los na prestação de cuidados de forma segura e competente;
- ➔ Realizar formação em contexto de trabalho, na área da especialização.

Durante a realização deste estágio foram várias as situações em que tivemos oportunidade de atuar como formadores. Lembro-me de uma situação de uma pessoa IRCT que tinha construído FAV e ao fim da segunda hora de HD, encontrava-se hipotenso foi alertado o colega para o risco do acesso parar, este momento contribuiu para sensibilizar a equipa e a pessoa dos cuidados a ter com o acesso vascular no pré e pós-operatório. Outra situação surgiu quando houve necessidade de realizar penso do orifício do local de inserção do cateter tecnoff, identificamos que a equipa de enfermagem da UHD tem uma vasta experiência na área de cuidados à pessoa em TSFR-HD mas nenhuma nos cuidados a pessoas em DP. Assim propusemos ao enfermeiro-chefe e enfermeiro responsável da formação, uma formação em contexto de trabalho cujo tema era: Diálise Peritoneal (Apêndice IX). Foram marcadas 2 sessões de formação com o objetivo de abranger maior número de elementos. O resultado da sessão foi positivo, manifestado pela maioria dos colegas.

Objetivo 3: Identificar a relação entre suporte familiar e adesão ao regime dietético da pessoa IRCT em programa hemodiálise nesta unidade

Com este objetivo pretende-se dar resposta ao tema do Relatório de Estágio. Como tal foi traçado a seguinte atividade:

- ➔ Elaborar um estudo sobre a relação entre funcionalidade familiar e adesão ao regime dietético

Este estudo encontra-se desenvolvido no capítulo seguinte

Breve reflexão

Durante o trabalho de campo atuamos como elemento dinamizador integrando as novas evidências no contexto da práxis, sendo uma referência para os pares.

À luz da nossa teórica orientamos a nossa prática, centrada na pessoa, numa perspetiva holística. Identificando e intervindo junto da pessoa IRCT em programa de hemodialise com baixa adesão ao regime dietético, através da realização de ensinamentos pontuais, bem como estabelecendo uma relação de confiança.

Consideramos ter atingido os principais objetivos a que nos propusemos.

4 ESTUDO FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA E ÍNDICE DE ADEÇÃO AO REGIME DIETÉTICO

4.1 Conceptualização do Estudo

De acordo com Fortin (2009, p.49), a etapa inicial de um trabalho de investigação deve ter como base, encontrar um problema que interesse e preocupe o investigador e que ao mesmo tempo tenha importância para a disciplina que se pretende estudar. Assim, o tema escolhido para a realização do estudo, prende-se com as inquietações que surgem na prestação de cuidados ao IRCT e, pela atualidade e pertinência que caracteriza as questões que se relacionam com a adesão e gestão do regime dietético proposto. A gestão eficaz do regime terapêutico implica muitas vezes a mudança de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis. De acordo com Almeida (2007), a equipa de saúde, a família e a comunidade são pilares de suporte que ajudam a evitar a desestruturação da pessoa, preservando a sua integridade física e psicológica

Reconhecendo a importância da família na adesão e gestão do regime dietético, surgiu a questão que deu o ponto de partida para a realização desta investigação: **De que modo a funcionalidade da família influencia o índice de adesão ao regime dietético?**

Tendo em conta a questão orientadora, os objetivos para a realização do estudo são:

- ➔ Avaliar a funcionalidade da família através da escala Apgar Familiar
- ➔ Avaliar o índice de adesão ao regime dietético através do questionário

RABQ

- ➔ Correlacionar a funcionalidade da família com o índice de adesão

A problemática desenhada, a pergunta de partida e os objetivos estabelecidos apontam para realização de um estudo transversal, descritivo correlacional utilizando uma abordagem quantitativa. Para Fortin (2009) este tipo de estudo permite enquanto estudo transversal “medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento”, e como estudo descritivo correlacional permite estabelecer relação entre pelo menos duas variáveis.

4.2 População

A população alvo deste estudo foi a pessoa IRCT em programa hemodiálise, numa unidade hospitalar de hemodialise da região de Setúbal, para Fortin (2009, p.311), a população alvo corresponde:

ao conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder.

Para a realização deste estudo optei pela população acessível (N=55). A escolha desta unidade prende-se pelo facto de exercer funções nesta unidade.

O método de amostragem utilizado é não probabilística por amostragem accidental ou de conveniência, segundo Fortin (2009) este método é constituído por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. Os participantes que constituem a amostra deste estudo foram selecionados tendo em conta os seguintes critérios.

Critérios de inclusão:

- Ser doente renal crónico em tratamento de HD,
- Em tratamento de HD mais de 6 meses,
- Ser capaz de ler e escrever português,
- Ter mais de 18 anos.
- Obter consentimento informado
- Apresentar capacidade cognitiva ou nível de consciência.

Dentro destes critérios foram entregues 30 questionários, destes houve uma perda de 7,5% (10). A amostra foi assim, constituída por 20 participantes, 11 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 79 anos e média de idade 62,15.

4.3 Procedimentos

Para a execução deste estudo foi solicitado de forma informal autorização ao Enfermeiro-chefe do serviço, assim como tomadas, todas as disposições necessárias para proteger os direitos dos participantes, nomeadamente o direito à confidencialidade e anonimato. Foi solicitado, pessoalmente, à pessoa IRCT a sua participação, tendo sido previamente informado do conteúdo, finalidade e objetivos do estudo e total liberdade para interromper a colaboração no estudo sem prejuízo dos seus direitos. Os participantes assinaram um consentimento informado, formalizando a sua participação (Apêndice X).

A recolha de dados decorreu de 8 a 23 de Fevereiro de 2012. O questionário era oferecido no início da sessão de HD sendo devolvido após o preenchimento ou no final do tratamento ou na seguinte sessão.

4.4 Colheita de Dados

A colheita de dados teve como suporte 3 instrumentos (apêndice XI). A caracterização sociodemográfica da amostra foi efetuada por um formulário elaborado pela investigadora, constituído pelas seguintes variáveis independentes: género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, tipo de família e anos em diálise. Relativamente à avaliação da funcionalidade familiar é utilizado a escala de apgar familiar elaborada por Smilkstein em 1978, versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988 (Anexo IV). Relativamente à avaliação do índice de adesão ao regime dietético é utilizado o questionário Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ) de Rushe & McGee, 1998, versão Portuguesa Inês Vieira, 2009 (anexo V).

A Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) é constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em 5 dimensões: Adaptação; Participação; Crescimento; Afeto; Resolução/Dedicação (descrita cada dimensão no anexo XII) Neste questionário entendeu-se como família as pessoas com quem coabita. No caso de viver só, considera-se família, todos aqueles com quem mantém laços afetivos mais intensos.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

O RABQ consiste num questionário de auto preenchimento, de 25 itens desenvolvido para avaliar os níveis de adesão perante as restrições de potássio, sódio e líquidos, e toma da medicação prescrita. A avaliação é realizada através de uma escala tipo Likert permitindo ao doente indicar o grau de adesão ou não adesão com uma lista de afirmações, através de um intervalo de respostas de 1 a 5 que vai de “NUNCA” a “SEMPRE”(descrito no anexo XIII)

4.5 Análise dos Dados

Após a colheita dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (*Statistical Program for Social Sciences - versão 21*).

Após ter sido concluída a análise dos dados obtidos, Fortin (2009) refere que “ (...) a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los à luz das questões de investigação”.

4.6 Apresentação e Discussão dos Dados

A amostra é constituída por 20 pessoas em programa regular de hemodialise, sendo 55% (11) do género masculino e 45% (9) do género feminino, em relação à faixa etária fixa-se numa média de 62,15 anos e desvio padrão de 14,17, sendo a idade mínima observada de 19 anos e máxima de 79 anos.

Ao analisarmos o Quadro 3 apresentado no apêndice XIV, podemos constatar que relativamente ao estado civil, a amostra predominante é constituída por casados 55% (11) dos participantes, os restantes 15% (3) solteiros, 15% (3) viúvos e 15% (3) divorciados. Contatamos ainda que relativamente ao tipo de família a que pertencem os participantes da amostra, emerge como grupo principal a família nuclear com 50% (10) dos inquiridos, 25% (5) alargada, 20% (4) unitária e 5% (1) Monoparental. Podemos verificar ainda pela leitura da tabela, que, relativamente à situação profissional 75% (15) dos participantes está reformada, 20% (4) desempregada e 5% (1) empregado. Em relação ao nível de escolaridade, verifica-se que a amostra situa-se maioritariamente no 1ºciclo 50% (10) dos participantes, 25% (5) no 3ºciclo, 15% (3) no 2ºciclo, 5% (1) secundário e 5% (1) com a licenciatura. Este resultado denota um baixo nível de escolaridade, segundo a Associação Portuguesa de Educação e Formação de Adultos (APEFA) 25,5% da população portuguesa tem apenas o 1ºciclo do ensino básico, talvez por, a proveniência dos participantes, ser, do meio rural e pesca (em função da área de abrangência da unidade). Em relação aos anos em diálise a média é 7,55 anos e desvio padrão de 7,45 sendo o valor mínimo de 1 ano e máximo de 30.

Estes resultados vão de encontro a realidade da população portuguesa em hemodialise, segundo Coutinho et al (2010) existe uma maior incidência de insuficiência renal crónica terminal nos adultos do género masculino e de acordo com a SPN (2011) uma idade média superior aos 66 anos

Objetivo 1: Avaliar a funcionalidade da família através da escala Apgar Familiar

Ao analisarmos a funcionalidade familiar através do Quadro 4 (vide apêndice XIV) constatamos que os sujeitos percebem que têm uma relação familiar que integra uma família altamente funcional com uma média de pontuação 8.90 e desvio padrão de 2.14. Analisando cada item da escala Apgar apresentado no Quadro 5 (apêndice XIV), verificamos, que 70% estão quase sempre satisfeitos com a ajuda que recebem da família, quando algo os preocupa, 25% algumas vezes e 5% quase nunca estão satisfeitos: Em relação à forma como a família discute os assuntos de interesse 90% estão quase sempre satisfeitos, 10% responderam quase nunca satisfeitos. No item sobre a concordância da família quanto ao desejo de iniciar novas atividades ou de modificar o estilo de vida verificamos que 85% referem que estão quase sempre satisfeitos, 10% algumas vezes e 5% quase nunca. Relativamente à satisfação com o modo como a família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos 90% responderam quase sempre satisfeitos e 10% algumas vezes. No que respeita à satisfação com o tempo que passa com a sua família 90% referem quase sempre satisfeito, 5% algumas vezes e 5% quase nunca. Os dados vão de encontro aos observados por Batista (2012) que numa amostra de 97 participantes IRC com média de idade de 58,5 anos, e 54,6% do género masculino, a média do Apgar obtido é de 8.42 denotando uma família altamente funcional.

Mesmos resultados foram encontrados no estudo de Andrade, A. e Martins, R. (2011), numa amostra de 210 idosos do conselho de Tondela, com uma média de idade 72,91, observou que 62,4% dos investigados percebem uma relação familiar que integra uma família altamente funcional

Objetivo 2: Avaliar o índice de adesão ao regime dietético através do questionário RABQ

Através da aplicação do questionário Renal Adherence Behaviour observamos na tabela 4 (apêndice XIV) que os sujeitos da nossa amostra apresentam um alto índice de adesão ao regime dietético com uma média de score 81.75 e desvio padrão de 7.23. Analisando cada dimensão apresentada no Quadro 6 (apêndice XIV) verificamos uma média de pontuação 36.2 e desvio padrão de 4,17 na dimensão

adesão à restrição de líquidos. Em relação à adesão ao potássio/ fósforo e medicação prescritos, observamos uma média de pontuação 15.9 e desvio padrão de 2.61. Relativamente à adesão às restrições de sódio verificamos uma média de pontuação 6.00 e desvio padrão de 0,85. Os dados corroboram os observados por Vieira (2009) que numa amostra 195 participantes em HD, 64,6% do género masculino com idade entre 60 e 80 anos, casados, reformados e baixa escolaridade apresentam em média um score acima do ponto medio da avaliação da dimensão.

Objetivo 3: Correlacionar a funcionalidade da família com o índice de adesão

Para estudar a relação ente a funcionalidade familiar e o regime de adesão fez-se uma correlação com o coeficiente de correlação de Person ao nível de significância 0,01, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o índice de adesão ao regime dietético Quadro 7 (apêndice XIV).

Os resultados deste estudo não devem ser compreendidos sem que se tenha em atenção as suas limitações. É de considerar que se trata de uma amostra de conveniência pequena, restrita a uma unidade hospitalar de Hemodiálise, pelo que os resultados não deverão ser generalizados à população de IRCT.

No entanto, os dados vão de encontro aos observados por Boyer et al. (1990), numa amostra de 60 participantes em HD verificaram, que os doentes que têm maior suporte familiar apresentavam níveis mais baixos de fósforo e potássio sérico bem como se verificava um aumento na adesão à medida que aumentava o sentimento de irritação na família por o utente não aderir ao tratamento.

No estudo de Yokayan et al. (2009) em 72 participantes de um hospital público do japão verificaram que a perceção que a pessoa tem do apoio familiar está associada não só com níveis mais baixos de ganho de peso interdialítico, mas também de sobrevivência. Estudo idêntico foi realizado por Christensen et al. (1992) numa amostra mais reduzida, de 78 doentes em HD observaram que, os inquiridos que

referiam um ambiente familiar mais favorável apresentavam um score de adesão mais alto à restrição hídrica.

No estudo realizado por Untas et al (2011) que através dos dados obtidos no DOPPS (I; II e III), relativamente às pessoas com IRCT em HD na Europa, Austrália e Nova Zelândia, tendo como objetivo investigar a influência do apoio social e outros fatores psicossociais sobre a mortalidade, a adesão às recomendações de cuidados médicos, e qualidade de vida física. Numa amostra com uma idade média de 61,5 anos e 60,9% casados. Constataram que 20,6% estavam insatisfeitos com o tempo passado com a família; 10,4% estavam insatisfeitos com o apoio familiar e 40,7% consideram-se como um fardo para a sua família. Verificaram que o apoio social pode melhorar a qualidade de vida e contribuir para a redução das taxas de hospitalização e morte. Que níveis mais baixos de apoio familiar estão associados a maior risco de não adesão aos cuidados médicos. Nesta pesquisa também foram observados especificidades culturais, na América do Norte, os doentes insatisfeitos com o apoio familiar e o seu sentimento de “fardo” foi associado ao abandono às sessões de hemodiálise. Na Europa, Austrália/New Zelândia este sentimento foi associado ao abandono às sessões de hemodiálise e apresentação de hipercaliémia. No Japão, o isolamento dos doentes e insatisfação com o tempo de apoio familiar estão associados ao excessivo GPID.

No estudo de Rambod M. e Rafii F. (2010) com objetivo de descrever a relação entre a perceção do apoio social e a qualidade de vida em hemodiálise na cultura islâmica. Numa amostra de 212 participantes verificaram uma relação estatisticamente significativa entre o apoio social e a qualidade de vida. Dados similares foram observados por Kimmel et al. (1998) numa amostra de 295 doentes em HD com idade média de 54,6 anos verificaram que níveis mais baixos de apoio social estão associados com o aumento da mortalidade.

Inúmeros estudos realizados em diferentes contextos geográficos, status socioeconómico e etnias reconhecem o apoio social como fator importante na adaptação da pessoa à doença crónica, sendo também, associado a melhores

resultados de saúde. Como tal, é fundamental que a equipa de enfermagem reconheça a importância da família e a envolva no plano de cuidados.

5 CONCLUSÃO

A doença Renal Crónica (DRC) é uma síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, pode progredir lentamente, durante meses ou mesmo anos, em resultado da perda gradual dos nefrónios.

Em Portugal, estima-se que mais de 800 mil pessoas sofrem de DRC estando em crescente evolução, na ordem dos 4 a 5% ao ano. Estes números relatam a realidade da doença em Portugal e o aumento significativo da sua prevalência, no entanto, não consegue transmitir o verdadeiro impacto que esta condição tem na vida das pessoas.

A pessoa com DRCT confronta-se com a necessidade de tratamento dialítico contínuo para sobreviver e de um regime dietético extremamente rigoroso. O enfermeiro pelo contacto permanente que estabelece com estes doentes tem um papel relevante tanto ao nível da promoção da adesão ao regime terapêutico, como na deteção de padrões de comportamentos de não adesão. Segundo Constatini (2006), são também os profissionais que estão na melhor posição para influenciar o comportamento dos utentes, mesma opinião é partilhada por Almeida (2007), que considera a equipa de saúde, a família e a comunidade pilares de suporte que ajudam a evitar a desestruturação da pessoa.

Vários estudos referidos ao longo do relatório têm evidenciado a importância do apoio da família, na adesão e gestão do regime terapêutico. A realização do estudo “De que modo a funcionalidade da família influencia o índice de adesão ao regime dietético”, vai de encontro aos dados encontrados. Numa amostra de 20 participantes verificamos que, 90% dos inquiridos referem apresentar uma família

altamente funcional, 5% uma família com disfunção leve e 5% uma família com disfunção severa, em relação ao índice de adesão 90% dos participantes apresentam um elevado índice de adesão e 10% um médio índice de adesão. Observamos também, que os inquiridos que apresentavam score mais elevados da escala Apgar familiar apresentavam um score mais elevado do índice de adesão. Embora se tratar de uma amostra de conveniência pequena, tomamos a liberdade de dizer, a família é a pedra angular para adesão e gestão do regime dietético.

A problemática estudada e atividades desenvolvidas ao longo deste relatório tem por base os princípios éticos em cuidados de saúde descritos pela OE,2003: o princípio da Beneficência/Não Maleficência, Autonomia, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. Assim como, os valores humanos emanados pelo artigo 81º do Código Deontológico dos Enfermeiros. “Cuidar” do outro respeitando-o é a chave, para a promoção da saúde.

A Teoria de Adaptação de Callista Roy foi o modelo teórico de enfermagem que norteou, a nossa pesquisa concretizada no quadro conceptual e nos guiou durante a realização deste relatório, proporcionando através do processo de enfermagem, orientação para a prática, promovendo cuidados de enfermagem centrados na pessoa, numa perspetiva holística. Em termos de desempenho a nível da prática clínica, o quadro de referência que norteou o desempenho, foi o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001) que visou o desenvolvimento de competências e de perícia de enfermeiro especialista, de forma progressiva e sedimentada.

Segundo Alarcão (2001) “ser enfermeiro competente implica, ser capaz de mobilizar, no momento oportuno, um conjunto de capacidades adequadas a um determinado desempenho exigido em determinada situação”. Foi nossa finalidade desenvolver no decorrer do trabalho de campo, competências ao nível proficiente/perito, descritas na introdução, as quais consideramos ter atingido, tendo por base o trabalho desenvolvido nos três campos de estágio e as avaliações efetuadas pelos enfermeiros orientadores.

Sentimos que todo o trabalho realizado ao longo deste mestrado sedimentou mais alguns alicerces no nosso desenvolvimento pessoal e profissional. A este último nível, desenvolvemos competências nas diferentes áreas de intervenção da Enfermagem Nefrológica à pessoa em situação de doença renal aguda ou crónica quer em TMC ou TSFR ou até em situação pré ou pós TXT e acreditamos ter promovido, nos contextos onde estivemos, e junto dos profissionais com os quais tivemos o privilégio de trabalhar, uma maior sensibilização para problemática da adesão ao regime dietético, bem como ter contribuído para uma maior proximidade entre enfermeiro e o cliente/família.

Ao chegar a esta meta, ficamos com a sensação que muito ainda há por fazer. Sugere-se como projetos futuros.

- ➔ Realizar um programa educacional, incluindo ações de formação em grupo com a presença da família;
- ➔ Transmitir a importância da consulta de DRC Avançada na Adaptação à DRCT e na Adesão ao Regime Terapêutico.

Em última análise consideramos ter contribuído, de alguma forma, para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com DRCT, pretendendo continuar a crescer como profissional.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Educação e Formação de Adultos. (8 de setembro de 2012). *Quase um milhão de portugueses sem qualquer nível de escolaridade!* Obtido em Dezembro de janeiro de 2012, de

http://www.apefa.org/sites/default/files/www/sites/default/files/pdfs/Quase_um_%20milhao_portugueses_sem_qualquer_nivel__escolaridade.pdf.

A.Khalil, Lennie, T., & Franzier, S. (Maio-Junho de 2010). *Understanding the negative effects of depressive symptoms in patients with ESRD receiving hemodialysis*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de Nephrology Nursing Journal 37(3) p.289-96,308.:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=62c768f3-31f1-4971-b241-3a2b6a662e84%40sessionmgr110&vid=37&hid=111>

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva . *Revista Referência Vol. nº6*.

Almeida, A., Pacheco, E., & Mota, L. (Maio 2007). A família: o primeiro suporte ao insuficiente renal crónico Lisboa. *Nephro's (Vol. XI)* , 19-30.

Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. *Revista Sinais Vitais nº67* , 19-27.

Andrade, A. I., & Martins, R. M. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium_revista IPV Nº40* , 185-189.

APIR. (2006). *A Alimentação na Insuficiência Renal Crónica*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de

<http://www.apir.org.pt/?lop=conteudo&op=38af86134b65d0f10fe33d30dd76442e&id=7f100b7b36092fb9b06dfb4fac360931>.

Auer, J. (2005). Perspectivas Psicológicas. In N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 79-100). Loures: Lusociência.

Batista, j. M. (2012). *Auto-conceito do Doente Renal Crónico-1º Curso de Mestrado em Enfermagem Medico-Cirurgica*. viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. d. (2008). *Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura*. Obtido em 15 de Novembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500008.

Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. d. (2008). Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm* 21 (Número Especial) , 179-86.

Beuchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de Ética*. São Paulo, Brasil: Loyola.

Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Ensaio de cor Lda.

Burns, N., & Grove, S. (2003). *Understanding Nursing Research*. 3ª ed., Toronto, W.B. Saunders .

Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). A Adesão à Terapêuticaa em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as prescrições Médicas. *Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa* .

Callahan, M. (Maio de 2007). *Designing Nephrology Social Work Interventions to Improve Self-Management and Adherence Based on the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de *Journal of Nephrology Social Work* Vol. 26 p.11-17: http://www.dopps.org/dopps_pubs.aspx. ISSN: 1532-0863;

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde-Conceitos, Práticas e necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.

Cesarino, C. B., & CasaGrande, L. D. (1998). Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Revista latino-am, enfermagem*, v. 6, n. 4 , 31-40.

Chamney, M. J. (2007). *Competency Framework- European Dialysis e Transplant Nurses Association/Europen Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>.

Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Gregory, M., & Rich, M. (1992). Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: an investigation of pain and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 15 , 313-325.

Circular Normativa nº 017/2011 de 28/09/2011 da Direcção Geral de Saúde (DGS. (s.d.).

Circular Normativa nº 017/2011. (28 de setembro de 2011). *Direcção Geral de Saúde (DGS)*. Obtido em 9 de Dezembro de 2011, de Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5: <http://www.portaldadialise.com/lmgs/DGSIRC5.pdf>

Correia, F., Carvalho, L., Sousa, A., Poinhos, R., & Pinhão, S. (2006). Barreiras ao cumprimento do plano alimentar em hemodiálise. *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação V.12 N.1* , 11-19.

Costa, A. M. (2011). Apgar Familiar. Percepção individual da funcionalidade familiar. In L. Rebelo, *A Família em Medicina Geral e Familiar- Conceitos e Práticas* (pp. 116-122). Lisboa: Dashofer Holding, Lda.

Costantini, L. (1 de Outubro de 2006). Compliance, adherence, and self-management: is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients. *Cannt journal* , 22-26.

Coutinho, N. P., Matteucci Vasconcelos, G., Lopes, M. L., & Araújo, W. C. (2010). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista de Pesquisa em Saúde-journal of Health Research* , 13-17.

Curtin, R., Mapes, D., Scatell, D., & Burrows-Hudson, S. (julho- Agosto de 2005). *Self-management in patients with end stage renal disease: exploring domains and dimensions - Nephrology Nursing Journal* 32 (4). Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=119&sid=ea42b645-3416-44a1-8e7f-6ffa1b70b7be%40sessionmgr111&vid=11>. ISSN 1526-744X.

Daugirdas, J. T., Blake, P. G., & Ing, T. S. (2001). *Manual de Diálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Decreto de Lei nº161/96. (4 de Setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República- I Série-A* , 2959-2962.

Delgado, L. (1997). Os Aspectos Psicológicos do IRC em Hemodialise. In G. e. al, *Manual de Hemodialise* (pp. 203-206). Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., et al. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium_revista IPV Nº40* , 201-219.

Durose, C., Holdsworth, M., Watson, V., & Przygodzka, F. (janeiro de 2004). *Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de *Journal of the American Dietetic Association* 104(1) p.35-41: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14702581>

European Dialysis e Transplant Nurses Association/Europen Renal Care Association (EDTNA/ERCA). (2000). *Nephrology Nurse Profile*. Obtido em 12 de Novembro de 2011, de <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacte.

Franklin, P. M. (2005). Transplante Renal. In N. Thomas, *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 364-372). Loures: Lusociência.

Gathercole, W. (1988). Aspectos psicossociais da insuficiência renal terminal. *Nursing nº3* , 20-24.

Hailey, B., & Moss, S. (2000). *Compliance behaviour in patients undergoing - Psychology, Health & Medicine*, V 5, N. 4, p.395-406. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2002020326&site=ehost-live>. ISSN 1465-3966 online.

Henriques, V. (25 a 28 de junho 2008). A Família na Hemodiálise. *Família e Género*. Universidade Nova Lisboa - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão beta 2*. Genegra: International Council of Nurses.

International Council of Nurses- ICN Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®). (2008). *Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão*. Obtido em 2 de janeiro de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_CatalogoCIPE_publicacoes.pdf.

Junior, J. E. (Agosto de 2004). Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro Nefrologia V.26 (Supl.1) N.3* , 1-3.

Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B., & Erlich, L. (Setembro-Outubro de 2007). *Adherence in Patients On Dialysis: Strategies for Success*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de *Nephrology Nursing Journal* 34(5) p.479-487.: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=62c768f3-31f1-4971-b241-3a2b6a662e84%40sessionmgr110&vid=31&hid=111>. ISSN: 1526-744X;

Kara, B., Caglar, K., & S., K. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal Nurs Scholarsh* 39 (3) , 243-248.

Kasper, D., Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., & Jameson, J. (2006). *HARRISON – Manual de Medicina 16ª ed.* p.699-735. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.A.U..

Kimmel, P. L., & Levy, N. B. (2001). Psicologia e reabilitação. In J. T. Daugirdas, P. G. Blake, & T. S. Ing, *Manual de Diálise 3ª edição* (pp. 425-431). Rio de Janeiro: Medsi.

Kugler, C., Vlaminck, H., Haverich, A., & Maes, B. (Janeiro de 2005). *Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. Journal Of Nursing Scholarship - 37(1)- p.25-29.* Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a56b768-0d97-40fc-90bd-7d665e8c6155%40sessionmgr104&vid=2&hid=111>. ISSN 15276546.

Kutner, N. (Setembro-Outubro de 2001). *Improving Compliance in Dialysis Patients: Does Anything Work?. Seminars in Dialysis- 14(5) p.324-327.* Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=111&sid=2a7a47bf-31ce-4e75-a58d-9bf6827ddbd8%40sessionmgr112>. ISSN: 0894-0959.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. *New York: Springer Publishing Company, Inc* , 445.

Leggat, J., Orzol, S., Hulbert-Shearon, T., Golper, T., Jones, C., Held, P., et al. (Julho 1998). Noncompliance in hemodialysis: Predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Diseases V.32* , 139-145.

Machado, M. M. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Mestrado. Obtido em 15 de Novembro de 2011, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>

Mapes, D., Lopes, A., Satayathum, S., Mccullough, H., Goodkin, D., Locatelli, F., et al. (Julho de 2003). *Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)* *Kidney Int.* 64(1) p.339-49. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12787427>.

Martins, M. M. (Setembro 2003). A família, um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais* nº 50 , 52-56.

Martins, M. M. (2002). *Uma crise accidental na família. O doente com AVC*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda.

Martire, L. M., & Schulz, R. (2007). *Involving Family in Psychosocial Interventions for Chronic Illness - Association for Psychological Science*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://www.ucsur.pitt.edu/files/schulz/CurrentDirections-MartireSchulz07.pdf>.

McLaughlin, K., Manns, B., Culleton, B., Donaldson, C., & Taub, K. (Novembro 2001). An economic evaluation of early versus late referral. *American Journal of Kidney Diseases* 38 , 1122-28.

MGFamiliar. (2010). Obtido em 13 de março de 2012, de <http://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/novos-tipos-de-familia>.

Miklos, Z., Juhasz, M., Jozsef, B., Katona, E., Thomas, B., Kakuk, G., et al. (2003). Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* (2003) 18: 1869–1873 , 1869-1973.

Minuchim, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

National Kidney Foundation. (1998–2007). *Nutrição e Insuficiência Renal Crónica*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-50-1205_KAI_PatBro_NutritionAndCKD_3-5_Pharmenet_Portuguese_Nov08_LR.pdf.

National Kidney Foundation. (s.d.). *Sobre Insuficiência Renal Crónica - Guia para Pacientes e Família*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-50-1201_KAI_PatBro_AboutCKD_Pharmanet_Portuguese_Nov08.pdf

National Kidney Foundation. K/DOQI. (2002). *Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease:Evaluation,Classification and Stratification*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de Am J Kidney Dis 39:S1-S266,(suppl 1): www.kdoqi.org

Nolasco, F. (1982). Patologia do Hemodialisado: A- Alterações Psicológicas. In j. Santos, & p. ponce, *Manual de Hemodialise para Enfermeiros* (pp. 158-160). Lisboa: Clinica de Doenças Renais.

Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis . (julho de 1998). Obtido em 16 de Novembro de 2011, de Am J Kidney Dis. 32(1) p. 139-45: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9669435>

Nunes, M. A. (2011). Tempo e família: Ciclos ou Percursos Familiares. In L. Rebelo, *A Família em Medicina Geral e Familiar- Conceitos e Práticas* (pp. 31-37). Lisboa: Dashofer Holding, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Letrário.

Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro 2001). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar Ordem dos Enfermeiros* , 12.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Novembro de 2010). *Regulamento das Competências em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Obtido em 12 de julho de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). *Regulamento n.º 122/2011- Regulamento das Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/DL247-2009_Regime_Legal_Carreira.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Obtido em 10 de Janeiro de 2011, de Geneve - WHO Library Cataloguing-in-Publication ISBN 978 92 4 159741 8: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

Organização Mundial de Saúde b). (2010). Obtido em 11 de Janeiro de 2011, de http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf.

Pacheco, S., & Cunha, S. (Junho 2006). A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: o papel do enfermeiro. *Revista Nursing - Edição Portuguesa-nº211*, 19-22.

Pascotto, B. P., & Cruz, I. (2008). Health education to the patient with knowledge deficit about hemodialysis – evidenced basead nursing practice. *Journal of Specialized Nursing Care, Vol 1, No .*

Paston, M. H., & Gageiro, j. N. (2005). *Análise de dados para ciencias sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: edições Silabo.

Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. (Outubro de 2001). Obtido em 16 de Novembro de 2011, de *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics* - 26(5) p.331-342: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003069806&site=ehost-live>; ISSN 0269-4727.

Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (Fevereiro-julho de 2008). Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, n.7. , 32-35.

Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Teórica. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde* nº 7 , 32-35.

Pereira, M. (2011). Importancia da avaliação familiar na doença. In L. Rebelo, *A família em Medicina geral e familiar. Conceitos e práticas*. (pp. 61-72). Lisboa, Portugal: Dashofer Holding Ltd,.

Peterson, R., Weihs, K., & Simmens, S. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International* , 54(1):245-54.

Pinto, S. (1999). Abordagem ao Papel e Funções da Família Face à Pessoa com Deficiência e a Celebração do AIF. *Direção Geral da Família* , 47-54.

Pinto, V. F. (1999). *Saúde para todos*. Lisboa : Paulus.

Rambod, M., & Rafii, F. (2010). Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing Scholarship* , 42: 242–249.

Ramos, S. d. (2007). *Os familiares cuidadores da criança com doença de mau prognóstico Fundamentos para uma intervenção no âmbito dos cuidados paliativos*. Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos (2ª edição): Faculdade de Medicina de Lisboa.

Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica (4ª ed.)*. Porto: Edições Afrontamento.

Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde. 2ª ed.* . Coimbra: Quarteto.

Roubicek, C., Brunet, P., Huiart, L., Thirion, X., Leonetti, F., Dussol, B., et al. (julho de 2000). Timing of Nephrology Referral: Influence on Mortality and Morbidity. *American journal of Kdney Diseases* 36 , 35-41.

Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem – o Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Stória Editores,Lda.

Saran, R., Bragg-Gresham, J., Rayner, H., Goodkin, D., Keen, M., Van Dijk, P., et al. (Julho de 2003). *Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS*. *Kidney International* - 64(1) - p.254-262. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a7a47bf-31ce-4e75-a58d-9bf6827ddbd8%40sessionmgr112&vid=37&hid=111>. ISSN: 0085-2538.

Scatolin, B. E., Vechi, A. P., Ribeiro, D. F., Bertolin, D. C., Canova, J. d., Cesarino, C. B., et al. (Janeiro-Março de 2010). *Activities of Daily Living of patients undergoing intermitent peritoneal dialysistreatment with the Cyclor Machine (Cycling process)*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de *Arq Ciênc Saúde* 17(1) p.15-21: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL2_jan-mar_2010.pdf

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária:promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

The Dopps Report. Practices and Oucomes. Complications with treatment, nutritional status, quality of life, vascular access. Volume5, Oct 2003. (s.d.).

Thomas, N. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. Lisboa: Lusociência.

Untas, A., Thumma, J., Rasclé, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A., et al. (Janeiro de 2011). *The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study- Clin J Am Soc Nephrol* - 6(1) - p.142-52. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de http://www.dopps.org/dopps_pubs.aspx.

Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem. Análise, Problematização e (Re) Construção*. Lisboa: Climepsi.

Vennegoor, M. (2005). Nutrição e Nefrologia. In N. Thomas, *Enfermagem em nefrologia* (pp. 290-307). Lisboa: Lusociência.

Vieira, I. R. (2009). *Adesão á dietoterapia em doentes renais crónicos em hemodialise*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina, Coimbra.

White,R. (Julho-Agosto de 2004). *Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes* - *Nephrology Nursing Journal* -31(4)- p.432-435. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004183491&site=ehost-live>; ISSN 1526-744X.

World Health Organization (WHO). (janeiro de 2003). *Adherence to long-term therapies*. Obtido em 15 de junho de 2011, de http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/.

Yokoyama, Y., Yamazaki, S., Hasegawa, T., Wakita, T., Hayashino, Y., Takegami, M., et al. (2009). *Impact of early referral to nephrologist on mental health among hemodialysis patients: a Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)* - *Nephron Clin Pract* - 113(3), p.191-197. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de *Nephron Clin Pract* - 113(3), p.191-197 <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a7a47bf-31ce-4e75-a58d-9bf6827ddbd8%40sessionmgr112&vid=51&hid=111>.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I

TEORIA DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Teoria de Adaptação de Callista Roy - Callista Roy é uma das teóricas da Escola dos Efeitos Desejados, inserida no contexto do Paradigma da Integração, cujo aspeto central é o “agir com a pessoa”, de forma a responder às suas necessidades. O Modelo de Adaptação foi desenvolvido, tendo como bases científicas a Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy (1968) e a Teoria do Modelo de Adaptação de Helson (1964), e filosóficas o Humanismo e a Veracidade, apresentando como principal aspeto o facto de encarar a pessoa como um ser holístico e adaptável, em constante interação com o ambiente, sempre em mudança, (Roy, Andrews, 2001).

Para Roy e Andrews (2001), a pessoa é um sistema holístico em constante adaptação com o meio ambiente, sendo o objetivo da intervenção de enfermagem manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz, tornando-o adaptável.

O Modelo de Adaptação de Roy apresenta quatro conceitos essenciais ou metaparadigmas: a pessoa, o ambiente, a saúde e o objetivo de enfermagem. Roy define: A **pessoa** como o recetor do cuidado de enfermagem e pode tratar-se de um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade. Roy entende a pessoa como um sistema adaptativo e holístico, porque esse sistema funciona como um todo e representa muito mais do que a soma de suas partes.

O **ambiente** constitui o mundo interno e o que rodeia a pessoa, sendo descrito por Roy e Andrews (2001, p.32), como: “ todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos”.

A **saúde** depende da adaptação da pessoa ao ambiente que está constantemente em mudança. Para Roy e Andrews (2001,p.33), saúde é definida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração representa desadaptação e, por isso, a falta de saúde.

O **objetivo da enfermagem** é definido como sendo a promoção da adaptação nos quatro modos, (fisiológico, autoconceito, papel na vida real, interdependência), contribuindo para a adaptação da pessoa à nova situação de saúde, qualidade de vida, e morte com dignidade, Roy e Andrews (2001, p.34).

O Modo Fisiológico “ (...) é associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente.” Roy e Andrews (2001, p.29). O comportamento neste modo é a manifestação das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, órgãos, e sistemas que compreendem o corpo humano. Este modo aplica-se às cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção.

O Modo de Autoconceito é um composto de crenças e sentimentos que a pessoa guarda sobre si, numa determinada altura. Formado a partir de percepções internas e percepções dos outros, o autoconceito dirige o comportamento. Roy e Andrews (2001,p.29). Apresenta dois componentes: o “Eu físico” engloba a sensação e a imagem do corpo (como alguém vê e sente o corpo), e o “Eu pessoal”, que engloba a auto consistência (a parte do eu que evita o desequilíbrio), e o “Eu moral-ético-espiritual” (inclui o sistema de crenças e uma autoavaliação de quem a pessoa é).

O Modo do Papel na vida real focaliza os papéis que a pessoa ocupa na sociedade, buscando a sua integridade social. Para Roy e Andrews (2001,p.30), papel é definido por um conjunto de expectativas sobre a forma como uma pessoa que ocupa uma posição se comporta em relação a uma pessoa que ocupa outra posição. Os papéis podem ser classificados como primários, secundários e terciários. O papel primário é determinado pela idade, sexo e estado de desenvolvimento. O papel secundário é aquele assumido pela pessoa para complementar os deveres associados aos estádios de vida. O papel terciário é de livre escolha da pessoa. É temporário e natural, podendo incluir atividades como clubes e passatempos.

O Modo de Interdependência diz respeito às interações com as pessoas significativas e os sistemas de apoio. Incide no equilíbrio de dar e receber amor, respeito e valor, ou seja o equilíbrio entre a dependência dos outros relativamente à

ajuda e afeto e a independência relacionada com a capacidade de tomar decisões e ter iniciativa.

Segundo Roy e Andrews (2001, p.23), os estímulos focais, contextuais e residuais juntam-se para criar o **Nível de Adaptação** da pessoa, “ é o nome dado ao ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação”. A reação ou resposta pode ser eficaz, de adaptação ou ineficaz, de desadaptação. Estas respostas são chamadas de comportamentos. Os comportamentos podem ser observados, medidos ou simplesmente relatados. As respostas adaptáveis são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de objetivos de adaptação: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio. É através da observação do comportamento da pessoa IRCT, em relação ao regime terapêutico, que o enfermeiro identifica as respostas adaptativas ou ineficazes ao tratamento.

APÊNDICE III

ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS

A DRC como todas as doenças crónicas implica alterações psicológicas mais ou menos graves nos doentes, dependentes em grande parte, do equilíbrio psicológico anterior ao aparecimento da doença, Nolasco (1982.). Segundo Kimmel (2001), a resposta psicológica de um determinado paciente à doença e seu tratamento, depende da sua personalidade antes da doença, da extensão do apoio dos seus familiares e amigos e do curso evolutivo da doença. Estas pessoas têm que, necessariamente adaptar-se emocionalmente ao facto de serem portadores de doença crónica, uma realidade que altera o seu olhar sobre a vida, os seus objetivos e aspirações Curtin *et al* (2005).

Nolasco (1982) caracteriza as alterações psicológicas nas seguintes fases:

Período Pré-diálise, os doentes podem apresentar várias alterações: Ansiedade marcada; Negação da doença; Depressão severa, dependendo da sua personalidade básica e do seu nível de diferenciação intelectual. Estas alterações são devidas, por um lado ao stress psicológico derivado da doença física, e, por outro, à carga afectiva induzida pela mudança profissional, alterações familiares e hospitalização. Gathercole (1988) diz-nos que este é um período de muita tensão, em que a ansiedade e o medo são marcados. De acordo com a literatura consultada alguns dos sinais que pode ocorrer nesta fase são, a pessoa não comparecer às consultas ou não cumprir planos de tratamento sugeridos (dieta, medicação...)

Início de diálise, esta fase é caracterizada por um curto período correspondente às primeiras sessões de diálise em que o doente pode reagir de formas distintas manifestando apatia ou aparentemente parece alheio às exigências de um tratamento dialítico, pode mostrar marcada ansiedade e até reações de pânico durante as sessões de diálise. Este período é bastante curto e está relacionado com o contacto inicial com a máquina e com o ritual de tratamento. Delgado (1997), diz-nos que este sentimento é mais frequente nos doentes que não tiveram tempo de "metabolizar" psicologicamente as informações fornecidas sobre tal tratamento.

Período de diálise a pessoa nesta fase sente-se fisicamente melhor reagindo de forma satisfatória e até com euforia devido ao desaparecimento da sintomatologia urémica. Dentro desta etapa distingue-se:

Fase de Lua-de-mel ocorre nos primeiros 3 a 6 meses. Nesta fase surge melhoria do quadro clínico, com aumento da capacidade física, estabilidade psíquica, sensação de confiança, contentamento e de libertação da doença. É nesta fase que o doente é mais receptivo à aprendizagem de conhecimentos;

Fase de Desencanto/ Desilusão Esta fase surge após 6 meses do início do tratamento. Caracteriza-se pela rejeição à hemodialise ou a outros tratamentos, desilusão, depressão, regressão e/ou chamada de atenção sobre si, este desequilíbrio resulta de fatores como: O regime dietético (controlo do peso interdialítico), problemas relacionados com o acesso vascular, hipertensão arterial, e do reinício da actividade profissional. A consequência psicológica mais grave é a rejeição, a pessoa nega a existência da doença, por isso, faz os mais variados excessos colocando em risco a própria vida. Delgado (1997) denomina esta fase por “depressão”, os sentimentos de *revolta* e *raiva* emergem neste período, provocados pelas múltiplas perdas sofridas (perda da saúde, das capacidades físicas, autonomia, estatuto familiar, social e laboral) dando assim origem, por vezes a comportamentos regressivos (irritável, conflituoso, queixoso e apelativo, exagerando o seu papel de doente para obter maior atenção sobre si). Emergindo o conflito entre a dependência da máquina e da equipa terapêutica e a necessidade de manter algum controlo sobre a sua vida. Quanto maior o investimento realizado na educação para a saúde na primeira fase, menor é o risco da pessoa desenvolver o processo psicológico de rejeição à doença.

Fase de Adaptação Nesta fase o doente readquire o seu equilíbrio psicológico, aceitando e entendendo as suas limitações, dominando a técnica que o rodeia, habituam-se a “viver com a máquina”. No entanto, alguns doentes só o atingem ao fim de muitos anos em hemodiálise, durante este período o seu equilíbrio psicológico pode temporariamente alterar devido a vários fatores de stress que estão sujeitos. Para este autor a adaptação só é possível quando a pessoa conseguir: controlar as causas da ansiedade, ter noção das limitações da sua doença, minimizar a dependência e manter uma atividade/ocupação, (Nolasco, 1982).

O processo de adaptação a situação de stress é resolvido através de duas formas, ou pela estratégia de coping centrado no controlo das emoções ou por a estratégia de *coping* centrado na resolução do problema, através da revisão da literatura realizada por Bertolin et al (2008), verificou -se que as estratégias focadas no problema são mais utilizadas e que a depressão estava relacionada com as estratégias focadas na emoção. As pessoas utilizam diferentes estratégias consoante a situação stressante, quando esta é eficaz, a estratégia será reutilizada em situações semelhantes, Lazarus e Folkman (1984).

De acordo com Pereira (2011), a DC é “um stressor de longo- termo que afeta a díade paciente-família e que obriga a mudanças a nível da estrutura familiar, nas tarefas do dia-a-dia, rotinas e na relação conjugal entre ambos”, segundo o mesmo autor o impacto deste stress vai depender dos recursos da família, da assistência médica disponível e da capacidade da família e da pessoa doente adaptar-se às mudanças. Noutro estudo, realizado por Christensen et al (1990), a pessoas em hemodiálise e em diálise peritoneal, no qual demonstrou que a adesão é maior quanto maior for a congruência entre o tipo de tratamento e o estilo de coping da pessoa, ou seja as pessoas que preferiam ter um papel mais ativo no tratamento apresentavam maior adesão em Diálise Peritoneal e as que pelo seu estilo de coping preferiam ter um papel menos ativo no tratamento eram mais aderentes em Hemodiálise. Perante as ideias apresentadas, cabe-nos destacar que, uma intervenção individualizada facilita a gestão dos fatores de stress inerentes à doença e ao tratamento, contribuindo para uma melhor adaptação e adesão ao regime terapêutico.

APÊNDICE III

CARACTERIZAÇÃO E ATIVIDADES DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE ESTÁGIO

Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Setúbal Unidade de Diálise Peritoneal (UDP)

A UDP está em funcionamento desde 1993 localiza-se no 3º piso conjuntamente com o Serviço de Internamento de Nefrologia (SIN), o horário praticado é das 8h00 às 16h00. As instalações compreendem uma sala de enfermagem e dois gabinetes médicos que são partilhados com a Consulta Pós-Transplante. A equipa de enfermagem é comum ao SIN, é composta por uma enfermeira chefe e 25 enfermeiros (5 estão integrados na UDP).

A atividade de enfermagem na UDP consiste na consulta de enfermagem à pessoa IRCT em DP e à pessoa transplantada. A atividade consiste, na Educação para a saúde direcionada aos procedimentos da técnica de DP e respectivos cuidados, recolha de produtos para análise, administração de terapêutica, preparação da pessoa IRCT para colocação de cateter tecnoff e outras técnicas invasivas (paracenteses, biopsia renal), de acordo com as necessidades. Além destas atividades a equipa de enfermagem presta apoio a outros serviços de internamento do hospital, na prestação de cuidados à pessoa em programa de DP que consistem na realização da técnica de DP.

Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Lisboa

O serviço de nefrologia encontra-se situado num pavilhão que incorpora a área de internamento e hemodialise, a área de ambulatório, à exceção da consulta de nefrologia e ainda laboratórios ligados à patologia do foro renal. A equipa de enfermagem presta cuidados de enfermagem especializados a clientes com doença renal em fase aguda ou crónica em regime de internamento, urgência nefrológica e ambulatório (caraterização e atividade de enfermagem descritas no do serviço

A área de Internamento está organizada em zona de internamento, sala de hemodiálise e sala de pequena cirurgia. O Internamento possui uma lotação de 22 camas, mais 2 camas destinadas ao internamento de clientes durante 24 horas após submissão a biopsias renais, colocação de cateteres ou outros exames que

impliquem vigilância. As patologias que implicaram maior número de internamentos foram a DRC agudizada, a DRC para indução de uma técnica dialítica e as decorrentes de intercorrências dos programas de hemodiálise ou diálise peritoneal. Tratou-se de clientes com uma média de idade avançada.

A Sala de Hemodiálise é constituída por 3 salas com um total de 14 unidades de diálise, uma das salas tem 2 unidades reservadas para pessoas com antigénio de superfície do vírus da Hepatite B positivo (Ag HBs). Funciona durante as 24h00 dando resposta às necessidades dos clientes do serviço, de outros serviços ou outras instituições em situação de urgência nefrológica.

Na Sala de Pequena Cirurgia realiza-se exames como biopsias renais de rim nativo ou enxerto. Efetua-se também colocação e/ou substituição de cateteres de hemodiálise ou de diálise peritoneal, em situação de urgência ou com marcação prévia, aos clientes do serviço, de outros serviços ou outras, funciona durante as 24h00 de acordo com as necessidades.

A área de Ambulatório é constituída pela consulta de nefrologia (sem atividade de enfermagem), consulta de transplantes renais, consulta de diálise peritoneal, hospital de dia de nefrologia e consulta de doença renal avançada.

A consulta de transplantes renais inclui consulta pré e pós transplante de dador cadáver/vivo e consulta de vigilância do dador vivo, onde é feito o acompanhamento do dador e recetor sempre em conjunto, com a realização de todos os exames e análises necessários. São afastadas as contraindicações ao transplante, físicas e emocionais através de exaustiva avaliação clínica, social e psicológica e realizados diversos exames complementares de diagnóstico. Estuda-se o dador para verificar se ele pode doar sem prejuízos para a sua saúde e se não tem nenhuma doença que possa ser transmitida. Dentro do espaço físico da consulta de transplante, um dos dias, é destinado à consulta de acessos vasculares arteriovenosos, onde se realiza ensinos para a saúde, ensino dirigidos à construção do acesso, pensos cirúrgicos, e remoção de material cirúrgico cutâneo.

Na consulta de dialise peritoneal a atividade de enfermagem consiste em ensinamentos para a saúde direcionados aos procedimentos da técnica e respectivos cuidados, recolha de produtos para análise e outras atividades de acordo com as necessidades dos clientes. A equipa de enfermagem efetua ainda visitas domiciliárias, no início do programa de DP e periódicas para vigilância dos procedimentos e cuidados. No Hospital de Dia realiza-se principalmente trabalhos de soluções de continuidade da pele e tecidos, desobstrução de cateteres de hemodiálise com fármaco trombolítico (Alteplase), colheita de espécimes para análises, administração de terapêutica diversa como antibióticos, quimioterapia, sangue e derivados e ainda ensinamentos para a saúde.

A consulta de Doença Renal Crónica Avançada foi criada em 11/03/11 e é constituída por um médico, enfermeiro, dietista, assistente social e psicóloga. Tem como objetivo atrasar a progressão da doença, informar sobre as técnicas dialíticas existentes, programar construção do acesso para a TSFR previamente e realizar ensinamentos de acordo com as necessidades do cliente.

Serviço de Nefrologia do Hospital da Região de Setúbal Unidade de Hemodiálise (UHD)

A UHD localiza-se no 1º piso, funciona em regime de 3 turnos diários das 7h30 às 23h00 de 2ª a sábado. Fora desse período funciona em regime de prevenção para casos urgentes. As instalações compreendem duas salas de HD: uma com 13 monitores, para doentes com serologia negativa e serologia positiva para Vírus da Hepatite C (HCV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), não havendo qualquer isolamento (só utilização de medidas de precaução universal e desinfeção dos monitores entre tratamentos) e uma sala de isolamento com dois monitores, para pessoas com AgHBs positivo. Para além de gabinetes, copa, vestiários com WC e duche, sala de tratamento de água, sala de reparação de monitores, receção, sala de sujos, existe uma sala de tratamentos, onde são realizados vários procedimentos, tais como: colocação de cateteres provisórios e de longa duração para HD; colheita de sangue ou outras amostras para análises clínicas; administração de terapêutica diversa como antibióticos, sangue e derivados a doentes externos; desobstrução de

cateteres de longa duração com fármaco trombolítico (Alteplase); recobro pós-angiografia de acessos vasculares e ensinios pontuais sobre administração de terapêutica Aranesp Sureclick. O serviço dispõe de 2 monitores portáteis e de um monitor de técnicas contínuas dando assistência a doentes internados em unidades especiais ou em quarto de isolamento. A UDP para além da vocação de Unidade hospitalar tem um dos programas de pessoas IRCT maiores do país com um número entre 55 e 60. Como tal, é um espaço rico em situações que proporcionam o desenvolvimento de competências na área de cuidados à pessoa com DRCT em programa de HD, à pessoa com doença renal em fase aguda e à pessoa com instabilidade hemodinâmica a necessitar de técnica contínua (Hemodiafiltração ou Hemofiltração). Propicia também a aquisição de competências na prestação de cuidados à pessoa em tratamento de Plasmaferese ou Hemoperfusão.

A equipa de enfermagem é composta por enfermeiro-chefe, 19 enfermeiros, a equipa médica é constituída por 9 nefrologistas e diretor clínico e é comum à do SIN. Quando solicitado, o serviço recebe apoio de uma dietista e uma assistente social. O método de trabalho implementado é o método individual em cada sessão de HD, exceto em relação à pessoa IRCT em programa ambulatorio, em que o método de trabalho é o de enfermeiro de referência (ou enfermeiro responsável).

APÊNDICE IV

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO E DIAPOSITIVOS “Acesso Vascular para Hemodiálise – Fístula artériovenosa e Enxerto artériovenoso”

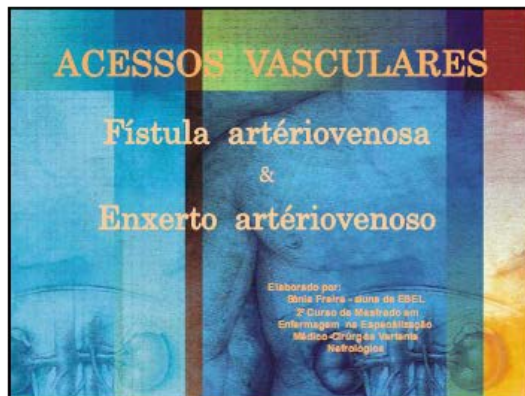
DIA: 15/12/2011

HORA: 16H30

LOCAL: Serviço de Nefrologia - Sala de Reuniões

Plano de Sessão		
Título	Acesso Vascular para Hemodiálise – Fístula artériovenosa e Enxerto artériovenoso	4 Minutos
Objetivo	Promover qualidade de cuidados à pessoa com fístula artériovenosa ou enxerto artériovenoso	1 Minutos
Sumário	Diferença entre fístula artériovenosa e enxerto artériovenoso Cuidados no pré e pós-operatório na construção do acesso vascular Cuidados diários com o acesso vascular Complicações do acesso vascular Conclusão Discussão com partilha de conhecimentos	20 Minutos
Avaliação	Ficha de avaliação da formação	5 Minutos

Formadora: Sónia Freire – Aluna do 2º Curso da ESEL de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem Nefrológica



SUMÁRIO

- ❖ Objectivos
- ❖ Diferença entre fístula artério-venosa e enxerto artério-venoso
- ❖ Cuidados no pré e pós-operatório
- ❖ Cuidados diários
- ❖ Complicações
- ❖ Conclusão

2

OBJECTIVOS

- ❖ Objectivo geral
 - Melhorar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com fístula artério-venosa ou enxerto artério-venoso.
 - Promover a durabilidade do acesso vascular.
- ❖ Objectivos específicos

Que no final da sessão os enfermeiros sejam capaz de :

 - Identificar os cuidados com o acesso vascular no pré e pós operatório
 - Identificar os cuidados diários com o acesso vascular
 - Enumerar complicações do acesso vascular

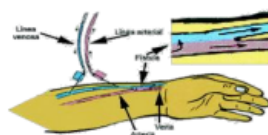
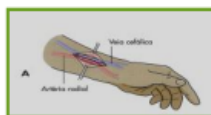
3

Fístula artério-venosa

- ❖ FAV é construída numa intervenção cirúrgica em que se anastomosa uma artéria a uma veia. Em consequência o sangue da artéria flui para a veia.
- ❖ Cirurgia de pequeno porte, realizada sob anestesia local.
- ❖ Mais comum é a artéria radial com a veia cefálica do braço não dominante.
- ❖ Outras localizações artéria braquial com veia cefálica ou a artéria braquial com veia basilica.

4

Fístula artério-venosa



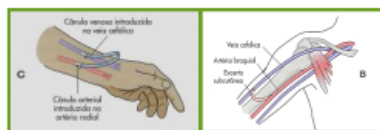
5

Enxerto artério-venoso

- ❖ Enxerto é criado, por baixo da pele, através da ligação de uma artéria com uma veia, com material sintético (mais usado é o politetrafluoretileno PTFE).
- ❖ Cirurgia no bloco operatório sob anestesia local com a possibilidade de anestesia geral.
- ❖ Enxerto pode ser configurado em linha recta ou em ansa.

6

Enxerto artériovenoso



7

Cuidados com o acesso vascular

Pré-operatório:

- ❖ Informar o doente sobre a intervenção cirúrgica e dos cuidados pós-operatório.
- ❖ Doentes em tratamento conservador devem estar hidratados
- ❖ Doentes em programa de hemodiálise devem estar acima do peso seco.
- ❖ Identificado o membro do possível acesso vascular, não se deve punccionar.
- ❖ Suspender anticoagulantes

8

Pós-operatório:

- ❖ O membro deve ser mantido quente e elevado acima do nível do corpo para auxiliar a circulação periférica e evitar o edema.
- ❖ Tensão arterial monitorizada (manter uma pressão sistólica superior a 100mmHg se descer há um risco aumentado de trombose da fistula, se necessário suspender medicação hipertensiva).
- ❖ Vigiar ferida operatória (despiste de hemorragia ou edema).
- ❖ Sopros e o frémito avaliados regularmente (inicialmente 30 a 30 minutos).
- ❖ Não punccionar, nem avaliar a TA no braço do acesso.

9

Cuidados diários:

- ❖ Informar o doente sobre os cuidados com o acesso vascular:
 - ❖ Manter o braço da fistula sempre limpo, retirar os pensos das punções ao fim de 4 a 6h00.
 - ❖ Evitar utilizar o braço para carregar pesos
 - ❖ Evitar roupas apertadas
 - ❖ Não se deitar sobre o braço da fistula, nem mantê-lo flectido demoradamente
 - ❖ Realizar exercícios com a mão (abrir e fechar a mão com uma bola de apertar)
 - ❖ Não avaliar a tensão arterial nem deixar punccionar o membro do acesso.
 - ❖ Palpar diariamente o pulso na região da fistula para sentir o frémito
 - ❖ Contactar a unidade de saúde, se detectar hemorragia, edema, dedos da mão frios ou com alteração da cor ou ausência de frémito.

10

AVALIAÇÃO

1- Cuidado de enfermagem ao doente com FAV

- a) Avaliar a TA no membro da FAV
- b) Punccionar o membro da FAV
- c) Vigiar o frémito da FAV

2- Cuidados no pós-operatório do acesso vascular

- a) O membro deve ser mantido quente e bem apoiado para auxiliar a circulação periférica
- b) Administrar anticoagulantes
- c) Monitorizar a tensão arterial

11

“O Acesso Vascular é a verdadeira linha da vida do Insuficiente Renal Crónico”

Earl S. Schuman

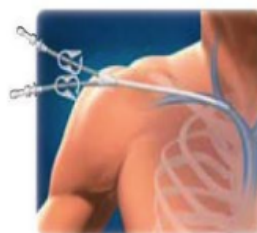
14

APÊNDICE V

FOLHETO

“Como Cuidar Do Seu Cateter De Hemodiálise”

COMO CUIDAR DO SEU CATETER DE HEMODIÁLISE



Contactar o serviço de Nefrologia de imediato em caso de :

- ♦ Hemorragia abundante
- ♦ Febre súbita
- ♦ Retirada acidental de cateter

Sempre que surjam dúvidas ou necessite de ajuda estamos disponíveis para o esclarecer .

Serviço de Nefrologia
Contacto: 217924200
Ext:4229

Elaborado por: Sónia Freire
Aluna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, do II Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Médico-Cirurgia variante Nefrologia, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório.

A colocação de um Cateter venoso central de Longa Duração é um procedimento vital para os doentes que necessitam de uma via de acesso para realizar hemodiálise .
Consiste na colocação de um cateter (através de anestesia local) numa veia de grande calibre

Cateter de Longa Duração



Cuidados a ter pós colocação do cateter

- ★ Nas primeiras 48h pode sentir dor e edema (inchaço) no local de inserção do cateter

⇒ Tome medicação analgésica se prescrita

⇒ Se necessário aplique uma luva ou saco com gelo no local de inserção do cateter

- ★ Vigie o penso, se apresentar pequena hemorragia (sangramento) reforce-o colocando outro em cima

- ★ Não molhe o penso para evitar a infecção do cateter

O serviço de Nefrologia do HCC informa que o/a _____ esteve presente no dia ____ às ____ horas., para colocar/substituir cateter de longa duração de ____ cm localizado na _____.

Procedeu-se a técnica invasiva

Sem intercorrências ☐

Com intercorrências ☐

Lisboa, ____ de ____ de ____

APÊNDICE VI

FOLHA DE REGISTO DE TERAPÊUTICA

TOMA DE MEDICAÇÃO AO LONGO DO DIA

NOME:

Medicamentos	Dose	Jejum	Pequeno-almoço	Lanche	Jantar	Deitar

DATA:

APÊNDICE VII

ADMINISTRAÇÃO DE ALTEPLASE

E

COLOCAÇÃO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE

ADMINISTRAÇÃO DE ALTEPLASE

O Hospital de Dia de Hemodiálise do Hospital Garcia de Orta informa que o/a Sr. _____, esteve presente no dia _____ às _____ horas.

Foi enviado da clínica _____ para administração de alteplase no cateter de hemodiálise na _____.

Procedeu-se à administração do fármaco em ambos os ramos (_____ cc e _____ cc), sem intercorrências.

Sem outro assunto

Cordialmente

Almada, _____ de _____ de _____.

COLOCAÇÃO DE CATETER PARA HEMODIÁLISE

O Hospital de Dia de Hemodiálise do Hospital Garcia de Orta informa que o/a Sr. _____, esteve presente no dia _____ às _____ horas.

Foi enviado da clínica _____ para **colocar/substituir** cateter **provisório/permanente** de hemodiálise de ____ cm localizado na _____.

Procedeu-se a técnica invasiva **sem/com** intercorrências.

Sem outro assunto.

Cordialmente

Almada, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE VIII

CARTA DE TRANSFERÊNCIA

CARTA DE TRANSFERÊNCIA

O Hospital de Dia de Hemodiálise do Hospital Garcia de Orta informa que o/a Sr. _____, induziu diálise no dia __/__/__, realizou no total ____ sessões.

Apresenta como acesso vascular _____ localizado na/o _____, construído a __/__/__.

Realizou, ultima sessão no dia __/__/__ às __ H__, saiu com o peso de ____ kg.
Parâmetros vitais, TA: __/___ mmhg P: _____ppm BM: _____ mg/dl.

Sessões de hemodiálise _____
_____.

Sem outro assunto.

Cordialmente

Almada, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE IX

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO E DIAPOSITIVOS **“Diálise Peritoneal”**

DIA: 16/02/2012

HORA: 15H30

LOCAL: Serviço de Hemodiálise - Sala de Reuniões

Plano de Sessão		
Título	Diálise Peritoneal	4 Minutos
Objectivo	Partilhar a experiência vivida nos cuidados prestados à pessoa em Diálise Peritoneal Promover qualidade de cuidados à pessoa com cateter Tenckhoff	1 Minutos
Sumario	Conceito de Diálise Peritoneal Fisiologia da Diálise Peritoneal Cuidados com o acesso e o local de inserção do cateter de Diálise Peritoneal Complicações na Diálise Peritoneal Regime Dietético Conclusão Discussão com partilha de conhecimentos	30 Minutos
Avaliação	Ficha de avaliação da formação	5 Minutos

Formadora: Sónia Freire – Aluna do 2º Curso da ESEL de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem Nefrológica

DIÁLISE PERITONEAL

Elaborado por:
Sónia Freire - aluna da ESEL
2º Curso de Mestrado em
Enfermagem na Especialização
Médico-Química Vertente
Nefrológica

Sumario

- Objectivo
- Conceito de Diálise Peritoneal
- Fisiologia da Diálise Peritoneal
- Cuidados com o acesso e o local de inserção do cateter de Diálise Peritoneal
- Complicações na Diálise Peritoneal
- Regime Dietético
- Conclusão

objectivo

- Partilhar a experiência vivida nos cuidados prestados à pessoa em Diálise Peritoneal
- Promover qualidade de cuidados à pessoa com cateter Tenckhoff

Conceito de Diálise Peritoneal



Diálise Peritoneal

- É um processo de depuração do sangue
- Utiliza-se a membrana peritoneal como "filtro"
- Técnica diária, simples e eficaz (mais fisiológica)
- Realizada pelo próprio doente no domicílio
- Existem duas modalidades
 - Diálise Peritoneal Continua Ambulatório (DPCA)
 - Diálise Peritoneal Automatizada (DPA)

Fisiologia da Diálise Peritoneal

□ A cavidade peritoneal é o espaço virtual existente entre a membrana parietal (Reveste a cavidade peritoneal e a membrana visceral (camada interior que reveste os órgãos e inclui os mesentérios) está cavidade contém entre 50 e 100ml de líquido, que actua como lubrificante

□ Durante a DP é infundido para dentro desta cavidade o líquido dialisante

□ A membrana peritoneal é semipermeável permite a passagem de água, moléculas grandes (proteínas) e de solutos através de 3 processos: osmose, difusão e convecção



(continuação)

□ Osmose - refere-se ao movimento da água de uma solução de baixa concentração para uma de maior concentração. Utiliza-se como agente osmótico a glicose (quanto maior a concentração de glicose maior será o volume de água removido da circulação)

□ Difusão - consiste na troca de solutos entre duas soluções, os solutos vão mover-se em ambas as direcções através da membrana até o equilíbrio ser alcançado. A direcção e a velocidade do fluxo dos solutos depende do gradiente de concentração (deslocam-se da solução mais forte para a solução mais fraca) e do peso molecular (a ureia peso molecular mais baixo que a creatinina difunde-se mais rapidamente do sangue para o dialisante)

□ Convecção - o fluxo convectivo transporta ou "arrasta" a água e os solutos através da membrana, ocorre a uma taxa mais rápida que a difusão devido à grande quantidade de ultrafiltração osmótica. Por isso o gradiente osmótico é máximo no início do procedimento da troca (a ultrafiltração vai diminuir durante o tempo de sessão pois a glicose é absorvida para a corrente sanguínea)

(continuação)

- ✓ É importante medir a permeabilidade peritoneal para controle da difusão dos solutos e melhor eficácia da diálise
- ✓ A medição da permeabilidade peritoneal é calculado pelo teste de equilíbrio peritoneal (TEP) da creatinina e da glicose
- ✓ A taxa de equilíbrio peritoneal pode ser classificada como:
 - Baixa (transportam os solutos num ritmo lento - Longos tempo de repouso)
 - Média-baixa
 - Média alta
 - Alta (transportam os solutos num ritmo rápido - tempo de repouso curtos)
- ✓ Aplicando o TEP otimiza-se o tratamento de acordo com as necessidades clínicas e o estilo de vida de cada doente
 - Volume de enchimento de dialisante por troca
 - Numero de trocas
 - Duração da sessão de diálise
 - Carga osmótica ou tipo de dialisante (1.36%, 2.27%, 3.86% - glicose)

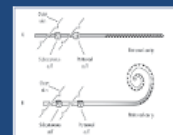
Cuidados com o cateter Tenckhoff

Pós colocação do cateter de Tenckhoff

- Substituir o penso ao fim de 10 dias
- Manter uma boa imobilização do cateter (facilita aderência do cuff)

Cuidados Diários

- Limpeza com Soro Fisiológico
- Manter o penso limpo e seco



Complicações na Diálise Peritoneal

Pode ser:

❑ Origem infecciosa

- Peritonite (devido à má utilização da técnica) importante detectar os sinais de alerta :líquido turvo e espesso, febre, dor abdominal, hipersensibilidade, rigidez, hipotensão, desidratação e retardo na cicatrização

❑ Relacionadas com a diálise dos doentes

- Perda de proteínas (taxa de 6-12g/dia)

(continuação)

- Aumento da pressão intrabdominal (Risco de hérnias, fugas do dialisante pelo orifício)
- Dor no ombro (causada pela presença de ar debaixo do diafragma ou da pressão intrabdominal)
- Drenado com sangue (pós traumatismo ou na mulher menstruada)
- Obstipação
 - Formação de fibrina (adicionar heparina no dialisante)

Regime Dietético

	Hemodíalise	Diálise Peritoneal	Transplante renal
Proteínas (g/kg PCI)	1.0-1.2	1.2-1.3	Recomendações médias estimadas
Sódio (mmol/dia)	80-110	80-110	80-110
Potássio (mmol/kg PCI)	1.0	1.0	livre
Fósforo (mmol/dia)	31-45	31-45	livre
Vitaminas	sim	sim	Não necessário
Agentes do fosfato	sim	sim	Não necessário
Líquidos	500-750 ml somados ao débito urinário	500-750 ml somados ao débito urinário	Não necessário

PCI (peso corporal livre)

Conclusão

- Técnica mais fisiológica
- Menos restritiva na alimentação
- Realizada no conforto do domicílio
- Maior autonomia dos horários
- Material de tratamento facilmente se desloca durante as viagens
- Menor custo para saúde

O sucesso da diálise peritoneal está na educação
e no apoio permanente da equipa de
Enfermagem

APÊNDICE X

CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ex/ª Sr./ª _____

Tenho o prazer de o convidar a participar no estudo” **O Papel da Família na Adesão ao Regime Dietético do IRCT em Tratamento Dialítico**”, com o qual se pretende compreender o apoio familiar que o IRCT tem ao seu dispor, avaliar o índice de adesão ao regime dietético e identificar estratégias que permitam melhorar a intervenção dos enfermeiros.

Gostaria de contar com a sua participação, sendo necessário o preenchimento de um questionário e o acesso aos dados do seu processo clínico.

Os resultados farão parte do Relatório de Estágio de Sónia Cristina da Piedade Freire, enfermeira e aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgico vertente Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da professora Eulália Novais.

É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato e confidencialidade dos dados.

Após a leitura do texto tiver dúvidas, estarei ao seu dispor para as esclarecer. Se aceita participar e considera-se bem informado por favor assine este documento.

Agradeço a sua colaboração.

Participante

Investigador

Almada, ____/____/____

APÊNDICE XI

QUESTIONÁRIO

Número:

Questionário:

1. Idade: _____ anos
2. Género:
Masculino _____ Feminino _____
3. Estado civil:
Solteiro _____ Casado/União de facto _____ Divorciado/Separado _____
Viúvo _____
4. Escolaridade:
1ºCiclo (1ºa 4ºano) _____
2ºCiclo (5º e 6º ano) _____
3ºCiclo (7ºao 9ºclasse) _____
Secundário (10º ao 12º) _____
Licenciatura _____
5. Situação profissional/ocupacional atual:
Profissionalmente ativo _____
Desempregado _____
Reformado/pensionista _____
6. Tipo de família:
Nuclear _____
Unitária _____
Monoparental _____
Alargada _____
7. Há quantos anos faz diálise _____ anos

De seguida encontra-se uma lista de afirmações sobre a perceção que tem da sua família. Existem 3 respostas que vão do “ Quase sempre” a “Quase nunca”. Tente responder o mais honestamente.

Por favor leia cada pergunta cuidadosamente e coloque uma cruz na caixa correspondente, tente responder a todas as questões. Obrigado.

Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) de Smilkstein (1978) (Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988).

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1- Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa.			
2-Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3-Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4-Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (irritação, pesar e amor).			
5-Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

De seguida encontra-se uma lista de afirmações sobre o seu comportamento em relação às suas restrições/limitações na dieta e líquidos. Existem cinco respostas possíveis que vão de “Nunca “ a “Sempre”. Tente responder o mais honestamente que consegue, colocando o que realmente faz, mesmo que não esteja de acordo com os conselhos que recebeu.

Por favor leia cada pergunta cuidadosamente e coloque uma cruz na caixa correspondente, tente responder a todas as questões. Obrigado.

Renal Adherence Behaviour Questionnaire (Rushe & McGee, 1998) (Versão Portuguesa de Inês Vieira, 2009).

	Nunca	Raramente	Por vezes	Habitualmente	Sempre
1. Oiço os conselhos da minha enfermeira					
2. Tenho dificuldades em restringir/limitar o meu consumo de cerveja/vinho					
3. Há momentos nos quais não consegue resistir a alimentos proibidos					
4. Às vezes pedincha comida					
5. Quebrar a dieta não tem consequências para a saúde					
6. Quando sente – se aborrecido/chateado, come sem pensar na dieta					
7. Bebe tantos líquidos hoje, como sempre beberam					
8. A família ajuda a cumprir/manter a dieta					
9. Não cumpre a dieta quando como em restaurantes					
10. Quando está aborrecido/chateado bebe mais do que a quantidade recomendada de líquidos					
11. Evita alimentos com elevada quantidade de sal					
12. É cuidadoso em cumprir a recomendação de líquidos					
13. Bebe pelo menos 5-6 copos de líquidos por dia					
14. Se come alimentos que é suposto não comer, fica preocupado					
15. Toma a medicação como prescrito					
16. Tem o cuidado de pesar os alimentos antes de os comer					

17. Durante o verão é difícil restringir/limitar os líquidos					
	Nunca	Raramente	Por vezes	Habitualmente	Sempre
18. Pesa-se com regularidade					
19. Evita beber mais líquidos do que a quantidade recomendada					
20. Decide o que comer, mesmo que vá contra os conselhos da enfermeira					
21. Usa sal às refeições					
22. Acima de tudo restringe/limita a ingestão de potássio					
23. Acima de tudo restringe/limita a ingestão de sal					
24. Acima de tudo toma a medicação					
25. Acima de tudo cumpre a recomendação da ingestão de líquidos					

Obrigado pela sua colaboração

APENDICE XII

DESCRIÇÃO DAS DIMENSÕES DA ESCALA APGAR

A Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) é constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em 5 dimensões:

Dimensão 1 – Adaptação – Forma como se utilizam os recursos internos e externos na resolução dos problemas, especialmente se estes constituírem uma ameaça para o sistema familiar. É o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros tem de recorrer à família.

Dimensão 2 - Participação – Modo como as decisões e responsabilidades são partilhadas. É a satisfação de um dos membros pela reciprocidade na comunicação e pela solução dos problemas.

Dimensão 3 - Crescimento – Maturidade física e emocional conseguida pelos membros da família, através do mútuo apoio e orientação. É a satisfação de um dos membros pela liberdade conseguida, no que respeita à mudança de funções.

Dimensão 4 – Afeto – Relação de cuidados ou ternura que existe entre os elementos da família. É a satisfação de um dos elementos com intimidade e interação emocional que existe na família.

Dimensão 5 - Resolução/Dedicação – Modo como o tempo é partilhado. É a satisfação de um membro com o tempo que os outros dedicam à família.

A avaliação é feita mediante a aplicação de um questionário com cinco questões, Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O somatório dos pontos permite classificar o tipo de relação familiar:

- De **7 a 10** pontos, sugere uma família **altamente funcional**.
- De **4 a 6** pontos, sugere uma família com **disfunção leve**.
- De **0 a 3** pontos, sugere uma família com **disfunção severa**.

Neste questionário entendeu-se como família as pessoas com quem coabita. No caso de viver só, considera-se família, todos aqueles com quem mantém laços afetivos mais intensos.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

APENDICE XII

DESCRIÇÃO DAS DIMENSÕES DO RABQ

O RABQ consiste num questionário de auto preenchimento, de 25 itens desenvolvido para avaliar os níveis de adesão perante as restrições de potássio, sódio e líquidos, e toma da medicação prescrita. A avaliação é realizada através de uma escala tipo Likert permitindo ao doente indicar o grau de adesão ou não adesão com uma lista de afirmações, através de um intervalo de respostas de 1 a 5 que vai de “NUNCA” a “SEMPRE”.

As dimensões obtidas são:

Dimensão 1 – Adesão à restrição de líquidos – composta por 11 itens relacionados com o cumprimento/seguimento das recomendações fornecidas, sobretudo em relação à restrição de líquidos. Inclui os itens: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 16, 19, 20 e 25 e o *score* total varia entre 11 e 55.

Dimensão 2 – Adesão ao potássio, fósforo e medicação prescritos - composta por 5 itens que refletem a adesão às restrições de potássio, fósforo e medicação prescrita. Inclui os itens: 9, 11, 15, 22 e 24 e o *score* total varia entre 5 e 25.

Dimensão 3 – Autocuidado – composta por apenas 2 itens relacionados com a consciencialização dos doentes quanto às suas restrições. Inclui os itens: 8 e 18 e o *score* total variam entre 2 e 10.

Dimensão 4 – Adesão em tempos de particular dificuldade – composta por 5 itens relacionados a adesão em tempos de particular dificuldade, como por exemplo, quando jantam fora. Inclui os itens: 2, 5, 6, 14 e 17 e o *score* varia entre 5 e 25.

Dimensão 5 – Adesão às restrições de sódio – composta por 2 itens relacionados com a adesão às restrições de sódio. Inclui os itens: 21 e 23 e o *score* total variam entre 2 e 10.

A cotação desta escala é realizada de duas formas, para os itens 1, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, atribuindo-se: 1 Ponto à resposta “nunca”; 2 Pontos à resposta

“raramente”; 3 Pontos à resposta “por vezes”; 4 Pontos à resposta “habitualmente” e 5 Pontos à resposta “sempre”.

Para os itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25 a cotação é inversa, sendo atribuídos: 5 Pontos à resposta “nunca”; 4 Pontos à resposta “raramente”; 3 Pontos à resposta “por vezes”; 2 Pontos à resposta “habitualmente”; 1 Ponto à resposta “sempre”.

Os scores mais altos nesta escala correspondem a uma maior adesão (score total varia entre 25 e 125).

APENDICE XIV

QUADROS

Quadro 3- Caracterização sociodemográfica da Amostra

Variáveis	Frequência absoluta	Porcentagem	Media	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Gênero						
Masculino	11	55%				
Feminino	9	45%				
Estado civil						
Casado	11	55%				
Solteiro	3	15%				
Divorciado	3	15%				
Viúvo	3	15%				
Escolaridade						
1ºciclo	10	50%				
2ºciclo	3	15%				
3ºciclo	5	25%				
Secundário	1	5%				
Licenciatura	1	5%				
Situação profissional						
Empregado	4	20%				
Desempregado	15	75%				
Reformado						
Tipo de família						
Nuclear	10	50%				
Unitária	4	20%				
Monoparental	1	5%				
Alargada	5	25%				
Idade			62,15	14,17	19	79
Anos em Diálise			7,55	7,45	1	30

Quadro 4- Resultados da Escala de Apgar Familiar

Variável	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Somatório Apgar	2	10	8.90	2.14

Quadro 5 – Resultados das dimensões da Escala Apgar

	Quase Sempre		Algumas vezes		Quase nunca	
	N	%	N	%	N	%
1- Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa.	14	70%	5	25%	1	5%
2-Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	18	90%			2	10%
3-Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	17	85%	2	10%	1	5%
4-Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (irritação, pesar e amor).	18	90%	2	10%		
5-Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	18	90%	1	5%	1	5%

Quadro 6 – Resultados do questionário Renal Adherence Behaviour

Variável	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Somatório Adesão	61	90	81.75	7.23

Quadro 7 – Resultados das dimensões do questionário Renal Adherence Behaviour

Variável	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
Somatório Adesão ao Regime Hídrico	26	43	36,2	4,17
Somatório Adesão ao potássio/ fósforo e medicação prescritos	10	22	15,9	2,61
Somatório Adesão as Restrições de Sódio	4	8	6	0,85

Quadro 8- Coeficiente de correlação de Person: somatório da escala Apgar vs somatório do questionário RABQ

		Somatório Apgar	Somatório Adesão
Somatório Apgar	Pearson correlation	1	,837**
	Sig(2-tailed)		,000
	N	20	20
Somatorio Adesão	Pearson correlation	,837**	1
	Sig (2-tailed	,000	
	n	20	20

ANEXO I

ORGANIZAÇÃO FAMILIAR

ORGANIZAÇÃO FAMILIAR

Estrutura e dinâmica global

Tipo	Características
Família Díade Nuclear	Duas pessoas em relação conjugal sem filhos (não há descendentes comuns nem de relações anteriores de cada elemento).
Família Grávida	Família em que uma mulher se encontra grávida, independente da restante estrutura.
Família Nuclear ou Simples	Uma só união entre adultos e um só nível de descendência pais e seu (s) filho (s).
Família Alargada ou Extensa	Coabitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por Consanguíneo
Família com prole extensa ou numerosa	Família com crianças e jovens de idades muito diferentes, Independentemente da restante estrutura familiar
Família Reconstruída, Combinada ou Recombinada	Família em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges.
Família Homossexual	Família em que existe uma união conjugal entre 2 pessoas do mesmo sexo, independentemente da restante estrutura.
Família Monoparental	Família constituída por um progenitor que co-habita com o (s) seu (s) descendente (s).
Família Dança a Dois	Família constituída por familiares (de sangue ou não) sem relação conjugal ou parental (ex.: avó e neto, tia e sobrinha, irmãos, primos, cunhados,...).
Família Unitária	Família constituída por uma pessoa que vive sozinha, independentemente de relação conjugal sem coabitação.
Família de Coabitação	Homens e /ou Mulheres que vivem na mesma habitação sem laços familiares ou conjugais, com ou sem objetivo comum (ex. estudantes universitários, amigos, imigrantes,...).
Família Comunitária	Família composta por homens e/ou mulheres e seus eventuais descendentes, coabitando na mesma casa ou em casas próximas (ex.: comunidades religiosas, seitas, comunas, ciganos,...).
Família Hospedeira	Família em que ocorre a colocação temporária de um elemento exterior à família (ex.: criança, idoso, amigo, colega,...).

(in Novos Tipos de Família de Hernâni Caniço, Pedro Bairrada, Esther Rodríguez, Armando Carvalho Imprensa da Universidade de Coimbra, Junho 2010)

ANEXO II

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO
HOSPITAL DA REGIÃO DE SETÚBAL UNIDADE DE DIÁLISE
PERITONEAL

AValiação DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A equipa mostrou muito interesse durante o seu estágio em adquirir novos conhecimentos colaborando na prestação de cuidados a doentes e em aprender a eliminar microrganismos participando na realização de técnicas de limpeza procurando uma boa qualidade de execução participando em momentos oportunos na realização de emissões ao doente. Compreendem as intervenções de enfermagem específicas da D.P. Revela ponderação nos aspetos que pratica e assume a sua responsabilidade. Relações profissionais muito boas contribuindo para um bom ambiente de trabalho. Integra-se facilmente na equipa de trabalho, mantendo uma boa relação com o utente e família.

avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 26/10/11

Orientador
Gr. Arabela Aldeia Santos

Assinatura

Data: 26/10/11

Estudante
Sónia Cristina de Almeida Figueira

AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Sónia Figueira Instituição: Hospital Geral de Santa Maria Serviço: Unidade de Cuidados Penitenciais
Efectuado de 3/10/11 a 4/11/11 Docente: Estelita Mendes Orientador: Amabela

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	17
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	16
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	17
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	17

O Docente: Estelita Mendes Orientador: Amabela Mendes Data: 26/10/2011

ANEXO III

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO
HOSPITAL DA REGIÃO DE LISBOA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Estudante atenta e interessada em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos.
Tem durante todo o estágio uma muito boa relação com todos os profissionais, utentes e família, sabendo envolvê-los nos cuidados.
Demonstra conhecimentos e prática na resolução de problemas complexos.
Comportamento ético - demonstrar interesse
Propõe-se uma avaliação qualitativa do Auto Bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data: 19/12/11 Orientador

Estefânia Mendes

Assinatura

Estefânia Mendes

Data: 19/12/11 Estudante

Sónia Pereira



AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Nome: Silvia Leite Instituição: H. Curry Cabral Serviço: Neuropsiquiatria
Efectuado de 7/11/11 a 16/11/11 Docente: Eulália Mendes Orientador: Catarina Mendes

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	<u>17-18</u>
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	<u>17-18</u>
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	<u>17-18</u>
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Faltava integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	<u>17-18</u>

O Docente: Eulália Mendes Orientador: Catarina Mendes Data: 19/11/11

ANEXO IV

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

Escala de Apgar Familiar (funcionalidade familiar) de SmilKstein (1978) (Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1- Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa.			
2-Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3-Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4-Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (irritação, pesar e amor).			
5-Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em 5 dimensões: Adaptação; Participação; Crescimento; Afeto; Resolução/Dedicação (descrita cada dimensão no anexoIV)

Dimensão 1 – Adaptação – Forma como se utilizam os recursos internos e externos na resolução dos problemas, especialmente se estes constituírem uma ameaça para o sistema familiar. É o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros tem de recorrer à família.

Dimensão 2 - Participação – Modo como as decisões e responsabilidades são partilhadas. É a satisfação de um dos membros pela reciprocidade na comunicação e pela solução dos problemas.

Dimensão 3 - Crescimento – Maturidade física e emocional conseguida pelos membros da família, através do mútuo apoio e orientação. É a satisfação de um dos membros pela liberdade conseguida, no que respeita à mudança de funções.

Dimensão 4 – Afeto – Relação de cuidados ou ternura que existe entre os elementos da família. É a satisfação de um dos elementos com intimidade e interação emocional que existe na família.

Dimensão 5 - Resolução/Dedicação – Modo como o tempo é partilhado. É a satisfação de um membro com o tempo que os outros dedicam à família.

A avaliação é feita mediante a aplicação de um questionário com cinco questões. Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O somatório dos pontos permite classificar o tipo de relação familiar:

- De **7 a 10** pontos, sugere uma família **altamente funcional**.
- De **4 a 6** pontos, sugere uma família com **disfunção leve**.
- De **0 a 3** pontos, sugere uma família com **disfunção severa**.

ANEXO V

QUESTIONÁRIO RABQ - RENAL ADHERENCE BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE

Renal Adherence Behaviour Questionnaire (Rushe & McGee, 1998) (Versão Portuguesa de Inês Vieira, 2009).

	Nunca	Raramente	Por vezes	Habitualmente	Sempre
1. Oíço os conselhos da minha enfermeira					
2. Tenho dificuldades em restringir/limitar o meu consumo de cerveja/vinho					
3.Há momentos nos quais não consigo resistirem a alimentos proibidos					
4. Às vezes pedincho comida					
5.Quebrar a minha dieta não tem consequências para a minha saúde					
6.Quando me sinto aborrecido/chateado, como sem pensar na minha dieta					
7.Bebo tantos líquidos hoje, como sempre beberam					
8.A minha família ajuda-me a cumprir/manter a minha dieta					
9.Não cumpre a minha dieta quando como em restaurantes					
10.Quando está aborrecido/chateado bebo mais do que a quantidade recomendada de líquidos					

	Nunca	Raramente	Por vezes	Habitualmente	Sempre
11. Evito alimentos com elevada quantidade de sal					
12. Sou cuidadoso em cumprir a recomendação de líquidos					
13. Bebo pelo menos 5-6 copos de líquidos por dia					
14. Se como alimentos que é suposto não comer, fico preocupado					
15. Tomo a minha medicação como prescrito					
16. Tenho o cuidado de pesar os alimentos antes de os comer					
17. Durante o verão é-me difícil restringir/limitar os líquidos					
18. Peso-me com regularidade					
19. Evito beber mais líquidos do que a quantidade recomendada					
20. Decido o que comer, mesmo que vá contra os conselhos da dietista					
21. Uso sal às refeições					
22. Acima de tudo, restrinjo/limito a minha ingestão de potássio					
23. Acima de tudo, restrinjo/limito a minha ingestão de sal					

	Nunca	Raramente	Por vezes	Habitualmente	Sempre
24.Acima de tudo, tomo a minha medicação					
25.Acima de tudo, cumprio a recomendação da ingestão de líquidos					

O RABQ consiste num questionário de auto preenchimento, de 25 itens desenvolvido para avaliar os níveis de adesão perante as restrições de potássio, sódio e líquidos, e toma da medicação prescrita. A avaliação é realizada através de uma escala tipo Likert permitindo ao doente indicar o grau de adesão ou não adesão com uma lista de afirmações, através de um intervalo de respostas de 1 a 5 que vai de “NUNCA” a “SEMPRE”.

As dimensões obtidas são:

Dimensão 1 – Adesão à restrição de líquidos – composta por 11 itens relacionados com o cumprimento/seguimento das recomendações fornecidas, sobretudo em relação à restrição de líquidos. Inclui os itens: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 16, 19, 20 e 25 e o *score* total varia entre 11 e 55.

Dimensão 2 – Adesão ao potássio, fósforo e medicação prescritos - composta por 5 itens que refletem a adesão às restrições de potássio, fósforo e medicação prescrita. Inclui os itens: 9, 11, 15, 22 e 24 e o *score* total varia entre 5 e 25.

Dimensão 3 – Autocuidado – composta por apenas 2 itens relacionados com a consciencialização dos doentes quanto às suas restrições. Inclui os itens: 8 e 18 e o *score* total variam entre 2 e 10.

Dimensão 4 – Adesão em tempos de particular dificuldade – composta por 5 itens relacionados a adesão em tempos de particular dificuldade, como por exemplo, quando jantam fora. Inclui os itens: 2, 5, 6, 14 e 17 e o *score* varia entre 5 e 25.

Dimensão 5 – Adesão às restrições de sódio – composta por 2 itens relacionados com a adesão às restrições de sódio. Inclui os itens: 21 e 23 e o *score* total variam entre 2 e 10.

A cotação desta escala é realizada de duas formas, para os itens 1, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, atribuindo-se: 1 Ponto à resposta “nunca”; 2 Pontos à resposta

“raramente”; 3 Pontos à resposta “por vezes”; 4 Pontos à resposta “habitualmente” e 5 Pontos à resposta “sempre”.

Para os itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25 a cotação é inversa, sendo atribuídos: 5 Pontos à resposta “nunca”; 4 Pontos à resposta “raramente”; 3 Pontos à resposta “por vezes”; 2 Pontos à resposta “habitualmente”; 1 Ponto à resposta “sempre”.

Os scores mais altos nesta escala correspondem a uma maior adesão (score total varia entre 25 e 125).